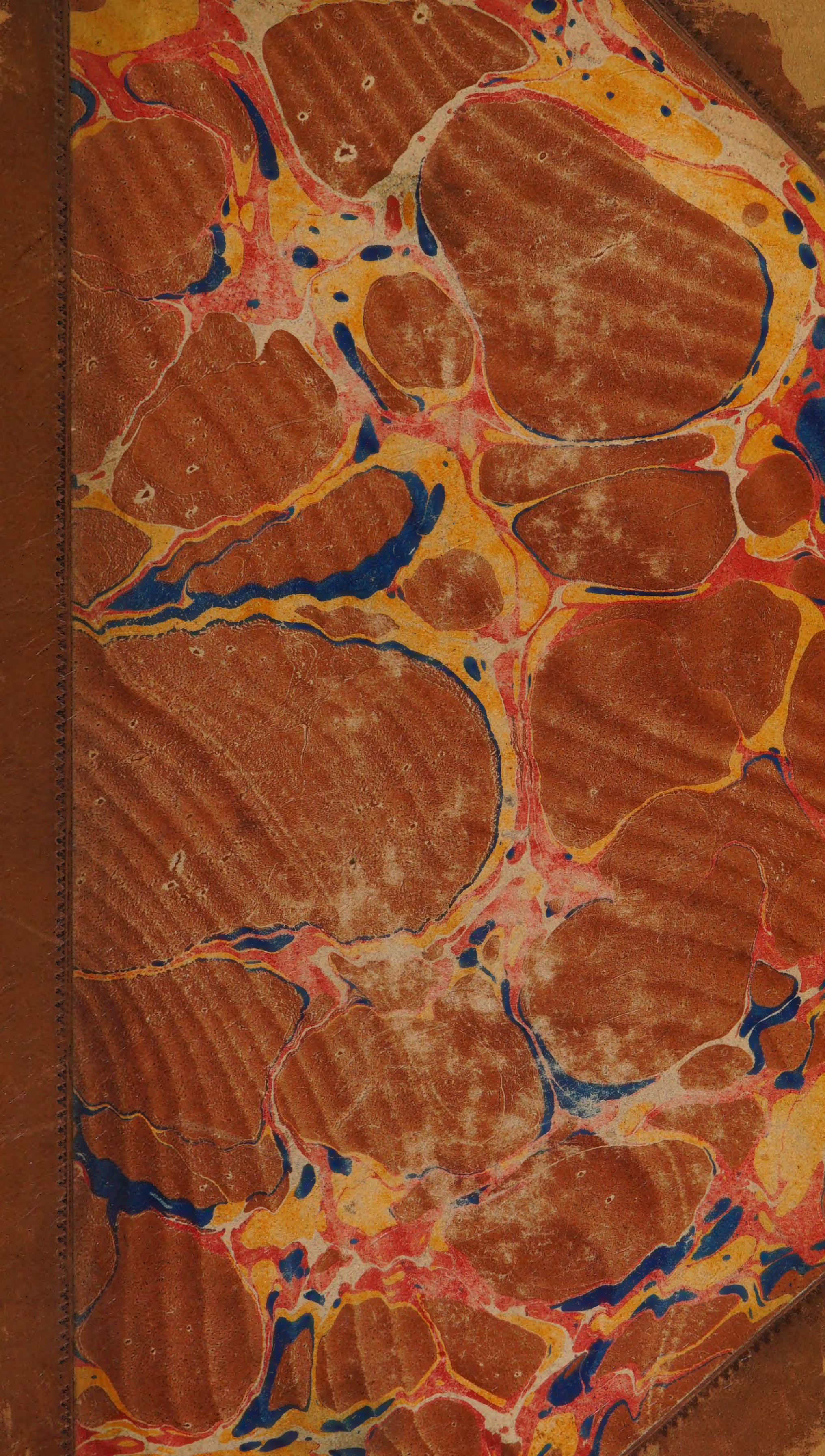


L'ANNÉE MÉDICALE.

ANNUAIRE GÉNÉRAL

DES

SCIENCES MÉDICALES.

MM. les auteurs sont instamment priés d'envoyer un exemplair de leurs œuvres, pour que l'analyse puisse en être faite.

Paris. — Typographie Hennuyer, rue du Boulevard des Batignolles, 7.

L'ANNÉE MÉDICALE

ANNUAIRE GÉNÉRAL

DES

SCIENCES MÉDICALES

PAR

M. LE Dr CAVASSE

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS, MÉDECIN ADJOINT DES PRISONS DE LA SEINE,
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

TROISIÈME ANNÉE

1859

PARIS

A. DELAHAYE, LIBRAIRE-ÉDITEUR,
PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23.

Rédaction : 20, boulevard Saint-Denis.

LONDRES

WILLIAM AND NORGATE, 14, HENRIETTA-STREET, COVENT-GARDEN.

1860

ANNUAIRE GÉNÉRAL

DES

SCIENCES MÉDICALES.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

Précis d'histologie humaine, par M. Morel. (Paris, J.-B. Baillière, grand in-8, VII–136 pages et un cahier de 24 pages et 28 planches.)

L'ouvrage a été fait en dehors de toute préoccupation de système et rédigé le microscope en main ; tous les dessins ont été exécutés sur les préparations de l'auteur avec la plus scrupuleuse exactitude. Nous signalerons comme parties importantes : la formation du tissu osseux par le cartilage fœtal. Ici l'observation a conduit M. Morel à admettre que la cellule osseuse (corpuscule osseux) dérive non pas de la cellule cartilagineuse, mais bien de son noyau. La formation de l'os par le périoste lui semble clairement exprimée par la métamorphose de cellules plasmatiques des couches profondes de cette membrane (pl. VI et VII). Dans certains cas pathologiques, le tissu osseux nouveau provient directement de la métamorphose des cellules de la moelle et jamais du périoste interne, dont il est impossible de démontrer l'existence (pl. XXVII, fig. 1). — Le chapitre relatif à la structure des vaisseaux et les figures qui s'y rattachent paraissent mettre hors de doute la nature musculeuse de la tunique moyenne de ces organes, fait nié par la plupart des anatomistes français (pl. XIV, XV, XVI, XVII). — Pour M. Morel, le foie est composé de deux glandes bien distinctes : 1° la glande biliaire représentée par les canaux biliaires se terminant en cul-de-sac, et accompagnés par l'artère hépatique ; 2° la glande glycogénique formée par les grosses cellules hépatiques et le système des veines porte et sus-hépatique (pl. XXII). — Dans l'article relatif à l'ovaire, on voit, entre autres faits, la description d'une vésicule de Graaf contenant deux ovules, ce qui

peut expliquer, dans certains cas, la grossesse double (pl. XXI, fig. 7). — Le développement des spermatozoïdes mérite également l'attention du lecteur (pl. XXI, fig. 5). — Enfin, la figure 4 de la planche XXVIII met parfaitement en évidence la nature musculeuse du cercle ciliaire et de la choroïde.

Nous devons terminer ici l'analyse de cet important ouvrage, ouvrage classique par excellence, véritable bonne fortune pour les progrès de l'histologie. L'auteur a apporté dans toutes ses descriptions une clarté et une simplicité qu'on ne trouvera pas ailleurs ; ces précieuses qualités assurent au livre de M. Morel un brillant succès, ainsi que le prouvent les traductions qui en ont été faites à l'étranger.

Développement des dents incisives de la mâchoire inférieure chez un enfant de trois semaines, par M. Sappey. (Société de biologie, avril.)

M. Sappey a observé, chez une petite fille de trois semaines, les quatre incisives de la mâchoire inférieure. — L'éruption de ces dents avait eu lieu dans le cours de la troisième semaine après la naissance.—Des faits analogues ont été rapportés ; mais ils n'ont pas tous le degré d'authenticité que présente l'observation de M. Sappey.

Apparition prématurée des dents, par M. Thore. (L'art dentaire, p. 298–328.)

L'auteur rapporte quatre nouvelles observations qu'il a recueillies pendant son internat à l'hôpital des enfants trouvés. Voici comment il explique cette anomalie et les accidents qui peuvent en être la suite : — Il s'agit d'une affection du follicule dentaire, qui, en se développant outre mesure par l'effet d'un travail inflammatoire, ulcère le tissu de la gencive en chassant la dent en dehors ; celle-ci, formée d'une faible couche de matière dure réduite à l'état d'un simple cornet, ne tarde pas à tomber. L'inflammation alors s'arrête ou persiste, envahissant la gencive et jusqu'à l'os maxillaire, et se termine le plus souvent par la gangrène du follicule dentaire, qui apparaît au fond de l'ulcération et tombe bientôt à son tour. — A l'autopsie, on trouve alors l'alvéole vide, tandis que les autres sont sains et présentent la disposition normale.

Développement des dents et des mâchoires, par M. Joly. (Académie des sciences, 3 janvier.)

L'auteur a préparé des pièces qui confirment les opinions de M. Natalis Guillot. (Voir l'*Annuaire*, t. II, p. 11.)

Existence de l'os intermaxillaire dans l'espèce humaine, par M. Larcher. (Académie des sciences, 3, 17 et 31 janvier.)

Assertions de M. Larcher, admettant l'existence de l'os intermaxillaire, et de M. Rousseau, niant l'existence de cet os chez l'homme, à l'état normal. — M. Larcher montre à l'Académie un vomer grandi dans toutes ses proportions, et portant en avant de lui les deux os intermaxillaires avec les alvéoles des dents incisives. — Cette pièce a été prise sur un enfant de quatre ans, qui avait un bec-de-lièvre double.

Sueur parotidienne, par M. Bergounhioux. (Société de biologie, janvier; Gazette médicale, p. 163; et Gazette des hôpitaux, p. 201.)

L'auteur rapporte deux observations de sueur parotidienne : au moment de la mastication, la région de la parotide devient rouge, se tuméfie ; au niveau des orifices sudoripares, perlent de fines gouttelettes d'un liquide luisant et limpide ; à peine formées, ces gouttelettes se réunissent aux voisines et forment des gouttes un peu plus volumineuses. Le liquide ainsi excrété est acide ; la salive, chez les mêmes malades, était alcaline. Pas d'excrétion visible par le canal de Sténon ; sécheresse dans la cavité buccale du côté affecté. — M. Bergounhioux en conclut qu'avec une oblitération du canal de Sténon, quand un liquide se montre sur la joue, ce liquide n'est pas nécessairement de la salive parotidienne.

De l'éphidrose parotidienne, par M. Rouyer. (Journal de physiologie, p. 447.)

L'auteur a observé deux faits, analogues à ceux qu'a rapportés M. Bergounhioux. Mêmes causes (parotidite grave, traumatique, ou suite de fièvre), mêmes symptômes. Le liquide écoulé était acide ; pas de salive à l'orifice du canal de Sténon. — M. Brown-Séquard donne l'indication de plusieurs autres faits semblables : ce sont des exemples d'augmentation morbide de la sueur dans certaines parties de la face.

Structure de la glande sublinguale de l'homme et de quelques animaux vertébrés, par M. Tillaux. (Académie des sciences, 28 mars.)

Nous avons fait connaître dans l'*Annuaire*, t. II, p. 11, les belles recherches de M. Tillaux.

Mouvements du voile du palais pendant la déglutition et la phonation, par M. Schuh. (Wiener med. Wochenschrift et Union médicale, t. III, p. 319.)

Après l'extirpation d'une énorme tumeur des fosses nasales, on

a pu voir le pharynx, et constater les faits suivants. — *Déglutition*. Dès que le verre est porté à la bouche, le voile du palais s'élève au-dessus de l'horizontale et ferme complétement la communication avec le nez. Il reste dans cette position aussi longtemps que le liquide coule dans la bouche ; mais au moment de la déglutition, il s'abaisse subitement, et devient invisible pour aider à la descente du liquide dans le pharynx, remonte aussi vite, même un peu plus haut qu'avant et est plus tendu, pour fermer l'entrée dans les fosses nasales. La déglutition des solides s'accompagne des mêmes mouvements ; il manque seulement le soulèvement primitif du voile par suite de l'absence de succion, mais la série d'abaissements et de soulèvements brusques se fait à chaque passage de fragment du bol alimentaire. L'angle que la face postérieure du voile du palais, devenue supérieure, fait avec le plancher des narines, au dernier moment de la déglutition, est de 10 à 15 degrés. — *Phonation*. Dans la prononciation des voyelles, le voile s'élève et garde sa position aussi longtemps que le son se prolonge : pour les *a*, ce mouvement est le plus petit ; le voile ne devient pas même horizontal, et on en voit tout au plus la moitié. Pour les autres voyelles, il dépasse l'horizontale, le plus pendant le *i*, un peu moins avec *u*, encore moins, mais au même degré, avec *o* et *e*. Avec *i* l'angle formé par le voile et le plancher des narines est de 10 degrés à peu près ; pour l'*u*, le voile s'abaisse de deux lignes, et de la même quantité pour *o* et *e*. — Pendant la prononciation de *i*, *o*, *u*, *eu* et *e*, l'occlusion du pharynx est totale, car de l'eau injectée par le nez ne s'est pas écoulée dans le segment inférieur et dans le larynx. Avec la lettre *a*, au contraire, le liquide n'est pas retenu. Les essais faits avec les consonnes sont plus difficiles et ont donné des résultats moins précis. Ce qui est évident, c'est qu'à l'exception de *m* et *n*, tous les sons de la langue allemande s'accompagnent d'un soulèvement au moins jusqu'à l'horizontale.

Recherches physiologiques sur la digestion, par **M. Busch**. (Archiv für pathologische Anatomie, t. XIV, p. 140; Archives générales de médecine, p. 222, février.)

Femme ayant une fistule intestinale communiquant avec la partie supérieure du jéjunum, suite de plaie pénétrante de l'abdomen. — Les aliments ne passaient pas dans le bout inférieur; appétit considérable; amaigrissement extrême. — L'auteur fit faire dans le bout inférieur des injections nutritives, qui rendirent à la malade des forces et de l'embonpoint. Plus tard, on cessa ces injections, et la malade s'est conservée dans le même état par des aliments pris par la bouche. Les propositions suivantes résument les expériences de l'auteur ; — 1° La sensation

de la faim est ordinairement composée de deux impressions distinctes : l'une a son origine dans le système nerveux général, qui sent pour ainsi dire le besoin de se renouveler; l'autre est produite exclusivement par les nerfs des organes digestifs. De ces deux sensations, la première peut persister alors même que les organes digestifs sont remplis d'aliments. — 2° Les mouvements péristaltiques de l'intestin sont intermittents, sans qu'on puisse d'ailleurs reconnaître aucune régularité dans les alternatives de repos et de contraction. L'énergie de ces mouvements est supérieure à la pression d'une colonne d'eau haute de deux pieds; le bout inférieur de l'intestin présentait souvent des mouvements anti-péristaltiques très-manifestes. — 3° Le suc intestinal n'est jamais produit qu'en très-petite quantité ; sa réaction est toujours alcaline; il contient de 3,87 à 7,4 pour 100 de matières solides. — 4° Son influence sur la digestion des substances protéiques n'est pas douteuse, mais elle s'accompagne toujours de la putréfaction de ces substances. — 5° Le suc intestinal transforme l'amidon en sucre de raisin. — 6° Il ne transforme pas le sucre de canne en sucre de raisin. — 7° Le sucre de raisin, absorbé sans être modifié, ne passe pas dans l'urine. — 8° L'absorption des matières grasses est impossible, ou au moins très-incomplète, lorsqu'elles ne subissent pas l'action des sucs gastrique et pancréatique. — 9° La réaction du mélange des sécrétions qui s'écoulent du bout supérieur, à l'état de jeûne, était presque toujours neutre, rarement un peu acide ou alcaline. — 10° Ce mélange ne présente jamais les réactions de la salive; on peut en conclure que la salive est absorbée avant d'arriver au jéjunum. — 11° Le même mélange contenait 2,48 pour 100 de substances solides. — 12° Les premières parcelles d'aliments ingérés dans l'estomac se montraient dans le jéjunum, au bout de quinze à trente minutes. — 13° Les dissolutions de sucre de canne disparaissent en majeure partie dans les points les plus élevés du tube digestif; quand le sucre de canne arrive dans le jéjunum, il est transformé en sucre de raisin. — 14° Le blanc d'œuf non cuit est également absorbé en grande partie par l'estomac et la partie attenante de l'intestin ; arrivé dans le jéjunum, il ne subit pas de transformation. — 15° La gomme traverse l'intestin grêle sans être modifiée. — 16° La gélatine est dissoute et ne se coagule pas consécutivement, elle est absorbée en majeure partie. — 17° Une partie de la caséine contenue dans le lait arrive dans le jéjunum sans s'être coagulée. — 18° Le mélange des liquides digestifs contenus dans le duodénum émulsionne parfaitement les matières grasses, lorsque sa réaction est alcaline ; quand elle est acide, l'émulsion est incomplète. — 19° Ce mélange a la propriété de digérer des substances protéiques. — 20° La quantité des liquides digestifs qui arrivent jusqu'au jéjunum en vingt-quatre

heures égale au moins la vingt-septième partie du poids du corps.

Expériences sur la digestion, par M. Smith. (North-American med.-chir. Journ.; Gazette médicale de Paris, p. 206.)

M. Saint-Martin avait fait des expériences prouvant que, dans l'estomac, les matières amylacées se transforment en glucose. Un homme, ayant la faculté de vomir à volonté, a pris de l'arrow-root bien lavé et il a rendu successivement, d'heure en heure, des matières contenant du glucose. — M. Smith trouve cette expérience peu concluante, parce qu'il y a dans ces cas un désordre de la fonction.

Rôle du pancréas dans la digestion, par M. L. Corvisart. (Académie des sciences, 4 juillet.)

Les résultats qui se déduisent de ce nouveau travail peuvent être résumés dans les propositions suivantes : — 1° Les aliments azotés subissent de la part du pancréas une dissolution et une transformation digestives. — 2° Le suc pancréatique exerce cette action indépendamment de la réaction alcaline acide ou neutre (indépendance bien exceptionnelle parmi les ferments digestifs). — 3° Les aliments crus sont violemment digérés par le pancréas, même s'ils n'ont point été touchés par le suc gastrique. — 4° C'est en peptone ou albuminose que les aliments albuminoïdes sont transformés par le pancréas, qui n'altère point les peptones formées par l'estomac. — 5° L'action digestive du pancréas sur les corps azotés est une action propre, primitive, qui réside dans le suc pancréatique avant toute immixtion avec le suc intestinal, biliaire, gastrique. — 6° Ce dernier, au contraire, a un effet *direct* nuisible sur le suc pancréatique (la peptine, la pancréatine se détruisent en se digérant l'une l'autre). Mais physiologiquement ce conflit est évité par le pylore qui sépare les deux ferments, la digestion gastrique par laquelle la peptine en formant la peptone s'épuise et s'abolit, et la bile qui détruit tout pouvoir dans le suc gastrique. — 7° Le suc gastrique, s'il a digéré des aliments albuminoïdes dans l'estomac et a été absorbé avec les peptones, favorise tellement l'action pancréatique par un effet *direct*, qu'à la cinquième heure de la digestion gastrique le pancréas a le maximum de puissance ; en un mot, il faut que le pancréas vienne d'être nourri immédiatement de peptones gastriques pour qu'il acquière son maximum d'action, si mes expériences sont vraies. — 8° Au contraire, en l'absence de digestion gastrique, le pancréas est au minimum d'action, n'étant pas vigoureusement nourri par les peptones gastriques. C'est ainsi que les deux digestions, qui doivent être successives, sont enchaî-

nées. — 9° Ces vues expérimentales portent une grande précision dans la marche à suivre pour l'étude si obscure des dyspepsies. — 10° L'estomac est fait pour recevoir des corps étrangers, le canal pancréatique est disposé pour ne point les recevoir : aussi les canules gastriques ne portent-elles aucune atteinte à la sécrétion de l'estomac; au contraire, les fistules pancréatiques amènent promptement une profonde altération dans le suc du pancréas. — 11° Il est de fait que pour avoir le suc pancréatique le plus normal possible, il faut prendre celui qui a été formé dans la glande avant l'opération, c'est-à-dire celui qui s'écoule immédiatement après cette opération. C'est dans cette condition remplie que réside la supériorité du procédé par infusion d'un pancréas pris à un animal qui vient d'être tué à l'instant même, car si elle est faite quelques secondes après le sacrifice de l'animal, l'infusion y saisit le suc normal sécrété pendant la vie et non encore écoulé. — 12° Mais il ne suffit point de prendre un organe sécréteur aussitôt après la mort pour y saisir sa sécrétion, il faut saisir la glande au moment de toute son activité sécrétoire. C'est la cinquième heure d'un repas mixte abondant chez un chien vivant et non pourvu de fistule pancréatique.

Le mémoire précédent et les idées déjà connues de M. Corvisart ont été publiées sous le titre de : *Contribution nouvelle à l'étude des lois qui régissent la digestion intestinale et gastrique*, par M. Corvisart. (Paris, V. Masson, in-8, 16 pages). — On trouvera sur le même sujet des articles dans l'*Union médicale*, t. III, p. 148, et dans la *Gazette hebdomadaire*, p. 457.

Action du suc pancréatique sur la graisse, par M. Leared. (Med. Times and Gazette et Gazette médicale de Paris, p. 723.)

L'auteur a décrit de petits corps microscopiques, qu'il regarde comme des corps gras modifiés par le suc pancréatique; ils sont solubles dans l'éther bouillant. — M. Leared pense, d'après ces corps, que le suc pancréatique non-seulement émulsionne la graisse, mais encore qu'il la décompose.

Présence du sucre dans le sang de la veine porte et des veines sus-hépatiques, par M. Schmidt. (Académie des sciences, 11 juillet.)

M. Cl. Bernard communique le résultat des analyses de M. Schmidt, de Dorpat, sur le sang de la veine porte et des veines hépatiques de trois chiens, dont deux étaient en digestion de viande, et le troisième à jeun depuis deux jours. Il a trouvé que le sang de la veine porte ne contenait pas de sucre, tandis que le sang pris dans les veines hépatiques en renfermait à peu

près 1 pour 100 du résidu sec du sang chez les chiens en digestion, et environ 1/2 pour 100 chez l'animal à jeun. — Les résultats numériques obtenus par M. Schmidt sont tout à fait concordants avec ceux obtenus par M. Lehmann, qui a calculé également le sucre en rapport avec le résidu sec du sang.

De l'existence de la matière glycogène dans tous les organes des herbivores et de l'influence de l'alimentation sur la production de cette substance, par M. Sanson. (Journal de physiologie, p. 104.)

Cette note est consacrée à la défense de l'opinion déjà émise par M. Sanson, opinion qui se trouve tout entière contenue dans le titre.

Sur une nouvelle fonction du placenta, par M. Cl. Bernard. (Académie des sciences, 10 janvier.)

L'objet de cette communication est d'établir anatomiquement et physiologiquement que, parmi ses usages qui sont sans doute divers et multiples, le placenta est destiné, pendant les premiers temps du développement fœtal, à accomplir la fonction glycogénique du foie, avant que celui-ci ait acquis chez le fœtus le développement et la structure qui lui permettent plus tard de fonctionner. — De tous les faits contenus dans ce travail, M. Bernard tire les conséquences qui suivent : — 1° Il existe dans le placenta des mammifères une fonction qui jusqu'alors était restée inconnue et qui paraît suppléer la fonction glycogénique du foie pendant les premiers temps de la vie embryonnaire. Cette fonction est localisée dans un élément anatomique glandulaire ou épithélial du placenta qui, chez certains animaux, se trouve mélangé avec la portion vasculaire de cet organe, et qui, chez les ruminants, se présente séparée, de manière à former sur l'amnios des plaques d'apparence épithéliale que tout le monde avait sans doute pu voir, mais dont on avait ignoré jusqu'ici la signification. —2° Cet organe hépatique temporaire du placenta, en permettant d'étudier directement dans un élément anatomique isolé la production de la matière glycogène, confirme et complète par un exemple nouveau cette opinion, que la formation de la matière amylacée glycogène est une faculté commune au règne animal et au règne végétal. Les observations contenues dans ce travail nous fournissent encore des analogies nouvelles, puisque nous voyons la matière amylacée glycogène s'accumuler autour de l'embryon animal, de même que, chez les plantes, elle s'accumule dans les graines autour de l'embryon végétal. — 3° La fonction glycogénique chez les animaux commence donc dès le début de la vie fœtale, et avant que l'organe dans lequel cette fonction

est localisée chez l'adulte soit développé. Mais alors elle est localisée dans un organe temporaire, appartenant aux annexes du fœtus.— 4° Tout ce qui a été dit dans ce travail se rapporte uniquement à la fonction glycogénique du foie; mais actuellement il s'agirait d'examiner si la fonction biliaire que le foie possède chez l'adulte est également accomplie par l'organe hépatique placentaire que nous avons décrit. La question doit être posée en ces termes, à savoir : si les mêmes cellules glandulaires sont chargées des deux fonctions qui, dès lors, seraient solidaires et connexes, ou bien si, au contraire, le foie ne doit pas plutôt être considéré comme un organe complexe, dans lequel se trouveraient mélangés des éléments anatomiques distincts et destinés, les uns à la formation de la matière amylacée, les autres à la formation biliaire. — M. Serres présente à cette occasion quelques considérations sur les corps glycogéniques dans la membrane ombilicale des oiseaux.

De la matière glycogène considérée comme condition de développement de certains tissus chez le fœtus avant l'apparition de la fonction glycogénique du foie, par M. Cl. Bernard. (Académie des sciences, 4 avril.)

Dans le mémoire précédent, M. Bernard a montré l'existence de la matière glycogène dans le fœtus ; de nouvelles expériences lui ont fait découvrir que la matière glycogène n'accompagne pas le développement de tous les éléments histologiques. — Les organes qu'il a examinés à ce point de vue peuvent être divisés en deux grands groupes : 1° les organes extérieurs ou limitants, qui sont constitués par les tissus cutanés et muqueux ; 2° les organes intérieurs ou contenus, qui comprennent les tissus osseux, musculaires, nerveux, glandulaires, etc. — Or, c'est particulièrement dans l'évolution des tissus limitants que la matière glycogène paraît appelée à jouer un rôle. — M. Bernard rend compte ici de ses expériences, et conclut en ces termes : en résumé, d'après ce qui a été dit dans ce travail, il est permis de penser que, chez le fœtus, cette matière glycogène a un rôle important à remplir dans le développement organique. D'autre part, chez l'adulte, la fonction glycogénique est liée directement à l'accomplissement physiologique des phénomènes de la nutrition. Nous savons, en effet, que la matière glycogène cesse de se produire dans le foie aussitôt qu'une influence morbide vient arrêter les phénomènes de la nutrition. La substance qui accompagne l'évolution des organes chez le fœtus continue donc à se manifester dans leur nutrition chez l'adulte. Ce fait établit une liaison évidente entre le développement organique et les phénomènes nutritifs, qui, sous divers rapports, n'en seraient que la continuation.

Matière glycogène chez les animaux dépourvus de foie, par M. Cl. Bernard. (Société de biologie, mai; Gazette médicale de Paris, p. 463.)

Cette note a pour but de prouver que, chez les animaux inférieurs, lorsque le foie n'existe pas à l'état d'organe distinct, la matière glycogène se trouve répandue dans les tissus, comme chez les embryons des animaux supérieurs.

Leçons de M. Cl. Bernard sur la matière glycogène du foie, recueillies par M. Fauconneau-Dufresne. (Union méd., p. 408, 553 et suiv.)

Ces leçons ne contiennent rien qui n'ait été publié dans les ouvrages et les différentes communications de M. Bernard.

Sucre formé par la matière glycogène hépatique, par MM. Berthelot et de Luca. (Société de biologie, août; Gazette médicale de Paris, p. 648.)

Les auteurs prouvent l'identité du glucose formé avec la matière glycogène hépatique et du glucose ordinaire ou sucre de raisin. La démonstration de ce fait est basée sur ce que la combinaison du glucose hépatique avec le chlorure de sodium offre les mêmes caractères que la combinaison du sucre de raisin avec le même sel.

De la glycogénie animale dans ses rapports avec la production et la destruction de la graisse, par M. Colin. (Académie des sciences, 15 décembre.)

L'auteur, en terminant son mémoire, donne, dans un résumé, les conséquences qui dérivent de ses recherches relativement : 1° au *chyle* ; 2° à la *lymphe ;* 3° au *sang ;* 4° au *foie*. Celles qui ont rapport à ce dernier organe sont exposées par lui dans les propositions suivantes : le sucre du foie dérive manifestement, au moins en partie, des aliments sucrés ou féculents, comme le sont ceux des espèces herbivores ou à régime mixte. Alors il est amené à cet organe par la veine porte et par l'artère hépatique. — Il paraît être aussi un produit de la transformation des matières grasses, qui s'accumulent dans les cellules hépatiques et dans les espaces intra-cellulaires. — Ce sucre se montre en proportion beaucoup plus considérable chez les animaux qui ont de la graisse que chez ceux qui sont à peu près dépourvus de cette substance. Néanmoins, au delà d'une certaine limite, sa quantité n'augmente plus; elle baisse même très-notablement dans les foies qui ont subi la dégénérescence graisseuse. — Chez les animaux qui n'ont plus de tissus adipeux à résorber, le sucre dimi-

nue dès les premiers moments de l'abstinence et disparaît très-vite. — Au contraire, chez les animaux gras, il se renouvelle et se maintient à un chiffre élevé, quoique la privation d'aliments soit de longue durée et tant que la température du corps demeure à peu près au degré normal.

Corps oviformes que l'on trouve dans les conduits biliaires, la vésicule biliaire, le mucus intestinal et les parois intestinales des lapins et d'autres animaux (chats), par M. Vulpian. (Société de biologie ; Gazette médicale de Paris, p. 161.)

M. Vulpian cite plusieurs travaux relatifs à ces corpuscules, qu'il a rencontrés comme les auteurs qu'il cite. Quant à leur nature, il pense qu'il n'est pas probable que ce soient les œufs d'un helminthe quelconque. Doit-on les regarder comme une altération pathologique des noyaux de l'épithélium ? De nouvelles recherches sont nécessaires.

La fécule considérée comme un des corps constitutifs de l'organisme animal, par M. A. Carter. (Edinburgh med. Journ. et Gazette médicale de Paris, p. 310.)

L'auteur donne les caractères des corpuscules amyloïdes, qui présentent deux variétés, l'une identique avec la fécule de pomme de terre, l'autre avec la fécule des céréales communes. On les trouve partout où il y a un tissu aréolaire ou homologue, au milieu des cellules élémentaires dont les organes sont principalement formés. Bien qu'on les trouve parfois dans une cellule, ils ne prennent jamais la place du noyau. — Ils doivent être considérés comme un produit physiologique.

Corpuscules amyloïdes, comme production normale à la surface de la peau, par M. J. Luys. (Gazette médicale de Paris, p. 3.)

L'auteur rappelle les travaux de Virchow et de Carter sur les corpuscules amyloïdes ; il s'est assuré que ceux qu'il décrit offraient tous les caractères des matières amylacées. Ce mémoire se résume ainsi : — La peau à l'état physiologique est le siége d'une production incessante de corpuscules amylacés qui, des parties profondes, sont entraînés à la surface avec les lamelles épithéliales en desquammation. — Ces corpuscules ne viennent pas du dehors, puisqu'on les trouve sur la peau du fœtus au moment où il franchit la vulve. Ils existent à tous les âges. — Leur production semble être en rapport avec l'activité du travail du renouvellement organique. — Leur rôle physiologique est fort obscur ; ils sont solides, formés de couches concentriques, ce qui indique qu'ils se développent sur place, aux dépens de quelque chose, qui

est sorti des vaisseaux à l'état fluide ; et ce quelque chose ne serait-il rien autre que la matière glycogène de M. Cl. Bernard, laquelle, sortie incessamment du foie, comme d'un foyer générateur, serait versée dans le sang et répandue avec lui au milieu de tous les tissus de l'organisme ? Exsudée des vaisseaux, en contact avec les éléments histologiques, elle prendrait alors sa forme propre, et croîtrait *in situ*, par apposition de molécules nouvelles et formation de couches concentriques.

Des substances amyloïdes. — De leur rôle dans la constitution des tissus des animaux, par M. Rouget. (Journal de physiologie, p. 83.)

M. Rouget fait remarquer que les grains de fécule signalés par Carter dans les tissus du corps humain ont une tout autre origine que les substances amyloïdes découvertes par Virchow, dans certains produits pathologiques. Ces derniers corps ont été trouvés dans la prostate, les ventricules du cerveau, les parois dégénérées des petites artères de l'intestin, le foie, les reins, les ganglions lymphatiques : leurs réactions chimiques semblent les placer entre la cellulose et l'amidon. Quant aux grains de fécule de Carter, ce sont tout simplement des grains d'amidon introduits par les mains ou les instruments, la poussière, dans les préparations microscopiques. — D'après M. Rouget, les substances amyloïdes non-seulement se retrouvent dans les produits pathologiques signalés par Virchow, mais encore font partie constituante des tissus normaux des animaux. Ce dernier fait, découvert par Carl Schmidt chez une espèce d'ascidie, puis généralisé par Lœwig et Kœlliker, pour tout le groupe des mollusques inférieurs connus sous le nom de *tuniciers*, reçut une confirmation nouvelle dans la découverte que fit M. Cl. Bernard de la substance glycogène du foie. Pour M. Rouget, les substances glycogènes du foie, de l'amnios, sont de véritables substances amyloïdes, analogues à la cellulose du manteau des ascidies. Ces substances amyloïdes ont été retrouvées par lui dans les cellules épithéliales de l'enduit saburral de la langue chez les enfants, de la muqueuse du vagin, etc., dans un grand nombre d'espèces d'infusoires, etc. L'auteur donne les caractères physiques et chimiques des divers états sous lesquels se présentent les substances amyloïdes.

De la substance amylacée amorphe dans les tissus des embryons, par M. Rouget. (Académie des sciences, 30 mai.)

La substance amylacée amorphe (*zoamyline*), contenue dans les cellules ou tubes (musculaires) qui constituent les éléments propres des tissus où l'on la rencontre, se présente non comme

une substance granuleuse, mais sous forme d'un plasma liquide qui peut renfermer des granulations de matières très-différentes, azotées ou graisseuses. — Dans de récentes observations sur la part que prend la zoamyline à l'évolution des tissus des embryons, j'ai constaté, dit l'auteur, qu'aux tissus épithéliaux et musculaires dans la constitution desquels on sait que la zoamyline intervient, il faut joindre les cartilages d'ossification : cette substance est contenue dans les cellules (capsules) du cartilage ; la substance fondamentale en paraît entièrement privée. — La présence d'éléments renfermant une substance amylacée, dans l'amnios ou le placenta, n'est qu'un cas particulier et tout à fait secondaire du fait général de la présence d'une substance amylacée dans les éléments de la plupart des tissus de l'embryon. Il n'y a lieu de voir là ni un organe hépatique temporaire, ni une fonction nouvelle du placenta. L'existence de la substance amylacée indique non une nouvelle fonction d'organe, mais une nouvelle propriété de tissus. La production du sucre n'est pas le but, mais seulement la conséquence de la présence de la zoamyline dans l'organisme. Le sucre, que la sécrétion urinaire accumule dans les liquides allantoïdien et amniotique, chez le fœtus dont les tissus renferment de la zoamyline, est le résultat de la désassimilation de cette substance, comme l'urée de celle des substances protéiques.

Nature des granulations qui remplissent les cellules hépatiques et amidon animal, par M. Schiff. (Académie des sciences, 2 mai.)

L'auteur rappelle qu'il avait signalé, en 1856, que l'apparition du sucre dans le foie était précédée par une espèce d'amidon animal qui se transforme en sucre par un ferment particulier. Ces travaux sont connus ; M. Schiff réclame la priorité sur M. Bernard.

Les prétendus corpuscules amylacés, par M. Schmidt; analyse par M. Berthelot. (Société de biologie, juin.)

Il résulte d'analyses chimiques que le prétendu amyloïde animal ne renferme point un hydrate de carbone exempt d'azote et analogue à la cellulose. Il faudrait changer leur nom pour éviter toute confusion.

Transformations chimiques artificielles opérées par le foie, par M. Schottin. (Gazette médicale, p. 546.)

L'auteur a obtenu du sucre incristallisable, en mettant du sucre de canne en contact avec des cellules hépatiques dans un ap-

pareil à incubation. — Il a obtenu par le même procédé de la leucine avec de la fibrine et du sucre : il s'était d'abord formé du gluten.

Causes de l'aspect qui a fait croire à la présence de deux substances différentes dans le foie, par M. Vulpian. (Société de biologie.)

L'auteur a vu des foies qui présentaient d'une façon très-nette l'aspect qui a conduit certains anatomistes à admettre deux substances dans cet organe ; il attribue ces différences de coloration : 1° à l'injection des vaisseaux d'une des portions des lobules ; 2° à l'infiltration des cellules hépatiques par des granulations de pigment biliaire, qui se trouvent surtout au centre des lobules ; 3° au dépôt plus abondant de graisse dans les cellules marginales.

Glandes de la vésicule biliaire de l'homme, par M. Luschka. (Zeitschrift für rationnelle Medizin ; Gazette médicale de Paris, p. 560.)

Glandes ramifiées dont les tubes renferment une substance granuleuse. Pour les voir, il faut détacher la muqueuse et la faire macérer dans de l'acide acétique. — Elles forment trois ou quatre groupes. — Elles sont quelquefois remplacées par des kystes.

Constitution et physiologie de la bile, par M. Dalton. (The American Journ.; Gazette médicale de Paris, p. 157.)

La bile humaine ne contient pas de substance cristallisable ; elle ne contient qu'une substance résineuse.—Le réactif de Pettenkofer est le seul bon pour les substances biliaires proprement dites.— La bile coule avec abondance après le repas ; pendant les vingt-quatre heures suivantes, elle est versée d'une manière presque uniforme.

Absence de la matière colorante de la bile dans la salive chez les ictériques, par M. Vulpian. (Société de biologie.)

Chez plusieurs ictériques, dont l'expectoration bronchique était fortement colorée par la matière colorante de la bile, M. Vulpian a pris des précautions pour obtenir la salive pure, et il a constaté alors que la salive ne contenait pas trace de la matière colorante de la bile. Ce fait doit être rapproché de l'observation de M. Bernard, qui a vu que le sucre des diabétiques ne passe pas dans la salive proprement dite, tandis qu'on le retrouve facilement dans les produits de la sécrétion bronchique.

Passage de substances du sang dans la bile, par M. Mosler. (Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie et Gazette médicale de Paris, p. 508.)

Le sucre de raisin passe difficilement dans la bile ; le sucre de canne passe avec plus de facilité. L'iodure de potassium passe rapidement; le sulfate de cuivre est retrouvé en plus grande quantité dans la bile que dans l'urine ; l'essence de térébenthine communique à la bile une odeur résineuse ; le calomel passe difficilement et n'augmente pas la quantité de la bile. N'ont pas été retrouvés le nitre et la quinine.

Cavité prépéritonéale, par M. Hyrtl. (Académie des sciences, 11 juillet.)

Opuscule de M. Hyrtl, de Vienne, sur la cavité prépéritonéale de Retzius, cavité située à la paroi antérieure de l'abdomen chez l'homme. (Voir l'*Annuaire*, t. II, p. 15.)

Composition du méconium, par M. Foerster. (Extrait de Wiener medizinische Wochenschrift et Gazette hebdomadaire, p. 766.)

Le méconium contient de la bile et des lamelles plates, tout à fait semblables à celles qui composent l'enduit sébacé; cette matière ne pouvant provenir de l'œsophage ou de l'estomac, il faut admettre que ce sont les éléments mêmes du *vernix caseosus.* — Il y a aussi de la graisse, dont l'origine est la même.—M. Foerster en conclut que le fœtus avale de petites quantités de liquide amniotique avec les débris d'enduit sébacé et de poils. L'eau est absorbée et il reste dans l'intestin les poils et la matière sébacée. L'absorption de cette eau serait un des éléments de la nutrition fœtale.

Nutrition des tissus, par M. Desportes. (Académie de médecine, 8 février.)

L'auteur, se basant sur diverses expériences faites, à l'aide du microscope, sur la membrane natatoire de la grenouille, croit pouvoir établir que : « Les globules des vaisseaux capillaires s'ouvrent et répandent la matière qu'ils contiennent, albumine, fibrine, hématine, pour en nourrir la substance générale intervasculaire, qui la reçoit immédiatement et l'absorbe. »

Autophagie artificielle, par M. Anselmier. (Académie des sciences, 12 décembre.)

Ce mémoire a pour titre: *De l'autophagie artificielle, ou de la manière de prolonger la vie dans toutes les circonstances de privation absolue de vivres, naufrages et autres séquestrations.* — Les recherches expérimentales faites sur les animaux soumis à la

privation plus ou moins absolue de nourriture ont montré que, pendant l'inanition, la vie s'entretient un certain temps au détriment de la substance des organes, ainsi que le prouve la diminution progressive du poids de l'animal soumis à l'expérience. Ce mode de nutrition a reçu depuis longtemps le nom d'*autophagie ;* nous proposons d'y ajouter la qualification de *spontanée*, par opposition à la désignation d'*autophagie artificielle*, que nous réservons au mode de nutrition institué par nous. Il consiste à faire à un animal soumis à l'inanition de petites saignées quotidiennes, et à lui faire prendre ce sang comme aliment. — Voici les propositions qui résultent de l'ensemble de nos recherches et de la comparaison des deux espèces d'autophagie : — 1° La privation absolue d'aliments diminue, chez tous les animaux à sang chaud, la production du calorique ; cette diminution, à peu près uniforme pendant les trois quarts de la résistance de la vie, est environ de 0,2 par vingt-quatre heures. Pendant le dernier quart, la température décroît très-promptement, et la mort arrive entre 23 et 24 degrés. — 2° La privation relative d'aliments diminue moins promptement la production de calorique, proportionnément à la ration. — 3° Chez tous les animaux à sang chaud, la température du sang ne peut descendre à 26 degrés sans que la mort en soit la conséquence. — 4° La mort par la faim est le résultat de l'arrêt de la nutrition produit par l'abaissement progressif de la température de l'animal, la production et l'accumulation d'une certaine quantité de calorique étant une des conditions de nutrition chez tous les animaux de cette classe. — 5° La mort par la faim n'est pas le résultat de la consommation de tous les matériaux que pourrait fournir l'organisme, si l'on pouvait changer la condition de refroidissement, qui est la conséquence de l'inanition ; en effet, chez tous les animaux qui succombent à l'abstinence absolue, l'émaciation est, en moyenne, des quatre dixièmes du poids initial ; par l'abstinence relative, elle peut atteindre les six dixièmes. — 6° La diminution de calorification provient de l'inactivité du système d'absorption gastro-intestinal ; la température de l'animal augmente ou diminue selon le degré d'activité de cette fonction ; de même que celle-ci est modifiée par la température à laquelle elle effectue ses opérations. — 7° Si l'on puise dans l'organisme même des animaux soumis à l'inanition une certaine quantité de sang pour la leur donner comme aliment, on voit se continuer avec le travail gastro-intestinal la production de calorique ; l'abaissement quotidien de la température est moins considérable, l'émaciation devient plus complète et peut atteindre les six dixièmes du poids initial. — 8° Les saignées et les rations qu'elles fournissent doivent être d'autant plus faibles, que l'on s'éloigne davantage du début de l'expérience, et la digestion s'en fait d'autant plus

complétement et vite que l'on est plus avancé dans l'expérience. — A mesure qu'elles deviennent plus nombreuses, l'épuisement de tout l'organisme, l'irritation nerveuse, la diminution des sécrétions gastro-intestinales nécessaires à la digestion, la monotonie alimentaire, l'abaissement de la température, enfin la putréfaction de cet aliment, finissent par mettre obstacle à ce mode de nutrition. — 9° L'activité gastro-intestinale est annoncée par le retour des excréments, l'élévation et la généralisation de la chaleur et du pouls, une augmentation dans les forces musculaires, la diminution des phénomènes nerveux, de la sensation de faim et de soif. — 10° La calorification ne décroît plus que de 0°,1, en moyenne, en vingt-quatre heures. — 11° L'autophagie artificielle permet l'émaciation excessive, c'est-à-dire permet à celle-ci d'être des six dixièmes pour les sujets replets, des cinq dixièmes pour les moyens, des quatre dixièmes pour les jeunes; tandis que l'autophagie spontanée, d'après les expériences de Chossat et les nôtres, ne permet pas plus des cinq dixièmes pour les sujets replets, des quatre dixièmes pour les moyens et des deux dixièmes pour les jeunes. — 12° L'autophagie artificielle prolonge considérablement la vie ; la moyenne de cette prolongation est de quatre dixièmes de l'autophagie spontanée, c'est-à-dire presque la moitié en plus.

Recherches sur les ligaments fibreux du péricarde, par M. Luschka. (Extrait de Zeitschrift für rationnelle Medizin et Archives générales de médecine, septembre, p. 341.)

L'auteur décrit l'aponévrose diaphragmatique qui se trouve entre le diaphragme et le péricarde; il montre que c'est une portion de l'aponévrose endothoracique (existant chez le fœtus), et que cette aponévrose, arrivée au bord diaphragmatique du péricarde, se divise en deux lames, dont l'une passe au-dessus du péricarde, et l'autre au-dessous de lui. La circonférence suivant laquelle se fait cette séparation est très-solidement attachée, et il est très-difficile d'isoler le péricarde à ce niveau. Les faisceaux tendineux du diaphragme voisins vont aux tissus fibreux du péricarde, au lieu de se rendre au centre aponévrotique. — Le tissu tendineux du péricarde ne se réfléchit pas avec celui-ci sur le cœur; il se continue avec la tunique externe des gros vaisseaux, et principalement avec celle de l'aorte. — Différents ligaments fibreux vont de la face postérieure du sternum et de l'appendice xiphoïde à la partie antérieure du péricarde.

Etudes cliniques sur les bruits du cœur, par M. Flint. (New-Orleans medical News et Archives générales de médecine, janvier, p. 93.)

Pour le second bruit, l'auteur a une théorie fort semblable à

celle de Skoda ; pour le premier, en revanche, il le regarde comme simultanément produit par le choc de la pointe (élément d'impulsion) et par le claquement des valvules mitrale et tricuspide (élément valvulaire) ; de là sa différence de son au niveau de la pointe du cœur (impulsion), et près du mamelon gauche (valvule mitrale) ou de l'appendice xiphoïde (valvule tricuspide). L'auteur appuie en outre ses assertions sur la nature des lésions qui augmentent ou diminuent tel ou tel des facteurs du bruit systolique du cœur.

Limites normales dans lesquelles on perçoit les bruits du cœur, par M. A. Lee. (The American Journal et Gazette médicale de Paris, p. 157.)

Plusieurs maladies des organes voisins et certaines dispositions individuelles sont suffisantes pour modifier l'étendue des bruits du cœur, en l'absence de toute maladie de cet organe. Il ne faut donc pas trop se fier aux limites données par les physiologistes, dans le diagnostic des maladies du cœur.

Fissure congénitale du sternum (de M. E. Groux) *exposant en partie à l'observation quelques-uns des mouvements des organes de la circulation*, par M. Allen Thomson. (The Glascow medical Journal et Gazette médicale de Paris, p. 387.)

Considérations sur le jeu des valvules auriculo-ventriculaires et les bruits du cœur, par M. Malherbe. (Journal de physiologie, p. 635.)

Conclusions. — 1° Le jeu des valvules auriculo-ventriculaires diffère essentiellement de celui des valvules sigmoïdes, et ne saurait lui être comparé sous aucun rapport. — 2° L'occlusion des valvules auriculo-ventriculaires a lieu par une espèce de froncement, dans lequel on ne peut trouver les conditions nécessaires à la production d'un bruit. — 3° Le bruit du premier temps n'est pas dû à un claquement valvulaire; il résulte du choc du sang contre les parois des ventricules, sous l'influence de la contraction auriculaire. — 4° Le choc du cœur contre les parois thoraciques est la conséquence de cette même contraction qui augmente le volume des ventricules en les distendant et leur imprime un mouvement en avant. — 5° Certaines vivisections ont fait voir que les ventricules, après leur contraction active, restent à l'état de contraction tonique. Les faits rapportés par M. Hérard ne démontrent pas qu'il en est autrement dans l'espèce humaine. — 6° Le bruit du deuxième temps paraît dépendre de plusieurs causes, dont les principales sont la percussion, sur les valvules sigmoïdes abaissées, de la colonne de sang contenue dans les artères, au moment de la systole artérielle, et l'en-

trée subite du sang des veines dans les oreillettes au moment de la diastole auriculaire.

Recherches sur la circulation du sang à l'état physiologique et dans les maladies, par M. Marey. (Thèses de Paris, 45.)

Conclusions. — Deux propriétés des vaisseaux, l'*élasticité* et la *contractilité*, suffisent pour expliquer tout le mouvement du sang dans les voies circulatoires, comme la suite tendra à le démontrer.

1re partie. — *Elasticité*. — L'élasticité n'est point, comme on l'a dit, sans influence sur la quantité du sang que le cœur lance dans les vaisseaux ; mais elle augmente cette quantité. — Quand l'élasticité des artères est détruite, le cœur trouve un véritable obstacle à l'accomplissement de la systole ventriculaire, et conséquemment s'hypertrophie, comme dans le rétrécissement aortique. — La tension artérielle moyenne décroît à mesure qu'on observe un vaisseau plus éloigné du cœur. Le fait contraire, avancé par M. Poiseuille, tient à ce que les instruments dont il s'est servi ne donnent pas la moyenne véritable de tension. — Nous avons construit, pour obtenir cette moyenne, un instrument qui supprime les oscillations et donne de lui-même le chiffre cherché : c'est ce que nous appelons l'*hémomètre compensateur*. — L'ondée qui entre dans l'aorte ne se transmet pas de proche en proche à la manière d'une ondulation, comme l'avait pensé Weber, mais se décompose de proche en proche d'une manière que nous avons décrite. — La théorie que nous proposons pour la transmission de l'ondée sanguine dans les artères se déduit d'expériences faites avec le sphygmographe des Allemands; seulement nous avons employé cet instrument d'une manière spéciale, et de façon à obtenir à chaque instant des indications simultanées de la tension en différents points d'un même tube. — De nos expériences il résulte : — 1° Que la force avec laquelle le pouls est perçu n'exprime pas ordinairement la force déployée par le cœur; mais l'intensité de la pulsation augmente toutes les fois que la tension artérielle diminue. — 2° Que le pouls dicrote doit s'expliquer par un reflux d'une ondée et qu'il n'arrive que dans les cas de faible tension artérielle. — 3° Que la pulsation est supprimée au-dessous d'un anévrysme, non pas par les caillots qu'il peut renfermer, mais par l'élasticité de la poche qui ramène la tension intermittente à un état uniforme. — Le pouls et les bruits de souffle artériels ont entre eux des relations intimes, comme M. Beau l'a constaté d'après des faits cliniques. Les expériences physiques et physiologiques viennent confirmer les vues de cet auteur. — Les bruits de souffle se produisent dans les cas de rapide décroissance de la tension en un point limité. M. Chauveau

a indiqué la nécessité de cette décroissance ; mais il faisait jouer le rôle principal à une condition qui, d'après nos expériences, serait sans importance : le passage du sang d'un point rétréci du système circulatoire dans un autre plus large. — Les *bruits de souffle* du cœur à l'orifice aortique, et ceux que l'on constate dans le système artériel, ainsi que les variétés du pouls qui leur correspondent, sont produits par une condition commune de l'état circulatoire : *la faiblesse de la tension artérielle.*—Les maladies dans lesquelles ces souffles et ces caractères du pouls s'observent sont surtout la chlorose et les cachexies. les fièvres et les phlegmasies. Dans ces maladies, la tension artérielle est au-dessous de son chiffre normal, par suite du passage plus facile du sang des artères dans les veines. Dans les deux premières, ce passage est facilité par la trop grande fluidité du sang ; dans les deux dernières, par la dilatation atonique du système capillaire.

2e PARTIE. — *Contractilité vasculaire.* — Cette propriété est, comme l'a dit Valentin, modératrice du cours du sang ; elle règle la quantité qui passe des artères dans les veines, soit dans toute l'économie, soit dans un point donné. Cette contractilité est due à l'élément musculaire de la vie organique ; elle est sous la dépendance du système nerveux grand sympathique.— La contractilité des vaisseaux, comme celle des muscles, peut être étudiée isolément, et, dans ces conditions, voici les principales lois auxquelles elle nous a paru soumise : — 1° Une excitation faible fait contracter les vaisseaux. — 2° Une excitation très-forte les fait dilater (par épuisement de la contractilité) ; il n'y a jamais de *dilatation active.* — 3° Un excitant longtemps répété finit par ne plus produire des effets aussi prononcés sur les vaisseaux qui semblent avoir acquis une force nerveuse plus considérable par suite de ce que nous appelons *accoutumance.* — Les effets de la contraction des vaisseaux sont les suivants : — La partie dont les vaisseaux sont contractés est le siége d'une circulation moins rapide. Si elle est exposée au refroidissement, la température s'abaisse ; elle devient moins colorée et perd de son volume. — Les effets de la dilatation des vaisseaux sont une plus grande rapidité de la circulation ; une chaleur plus considérable, mais qui, n'étant que celle du sang lui-même, ne peut dépasser celle des parties centrales ; plus de rougeur ; une augmentation de volume. —Dans le cas de variation de la tension sanguine, sous l'influence de la pesanteur, par exemple, la contractilité s'accommode à cette tension pour chaque point en particulier, augmente ou diminue avec elle pour conserver un état circulatoire normal.

3e PARTIE. — *Application à la pathologie.* — L'état de plus ou moins forte contraction des vaisseaux se traduit dans les maladies par deux états pathologiques tranchés : 1° la contraction trop forte par l'algidité ; 2° la contraction trop

faible, par la fièvre ou la congestion locale. — Dans chacun de ces états pathologiques s'observent les signes que nous avons donnés physiologiquement de l'état de contraction ou de dilatation vasculaire, soit du côté des tissus, température, couleur, volume, soit du côté de la tension sanguine, qui nous est révélée par les caractères du pouls et des bruits du souffle vasculaire. — De même que dans les expériences physiologiques, on voit en pathologie la contraction des vaisseaux suivie de relâchement, l'algidité suivie de fièvre (ce qui a été appelé à tort *période de réaction*). — L'inflammation dans la première période est un état congestif dû à l'atonie vasculaire; toutes les causes d'inflammation s'expliquent par la théorie de l'*épuisement*, suite d'une excitation trop forte. — Les théories anciennes, transmises par tradition, ont amené à admettre dans l'inflammation une activité locale, une force inflammatoire; mais la physiologie nous montre que dans une partie enflammée, il n'y a que débilité. Ces théories anciennes ne doivent du reste pas arrêter les idées nouvelles, car elles ont été établies à une époque où l'on ne connaissait rien de la circulation du sang. — La théorie nouvelle, basée sur les expériences physiologiques modernes, offre de grands avantages pour expliquer beaucoup de points de la marche des inflammations : ainsi la tendance des phlegmons à s'ouvrir à l'extérieur, l'étranglement inflammatoire, la tendance spontanée des congestions à se résoudre au bout d'un certain temps, l'action curative de la plupart des traitements antiphlogistiques chirurgicaux et médicaux.

Du pouls et des bruits vasculaires, par M. Marey. (Journal de physiologie, p. 420.)

Dans ce mémoire on retrouve les idées émises par M. Marey, dans sa thèse.

Causes d'erreur dans l'emploi des instruments pour mesurer la pression sanguine et moyen de les éviter, par M. Marey. (Société de biologie, mai; Gazette medicale de Paris, p. 463.)

M. Marey montre que les instruments construits jusqu'à présent donnent des résultats erronés, tenant à plusieurs causes. Avec l'hémomètre de son invention, il obtient la moyenne exacte de la tension dans le vaisseau auquel on l'applique.

Circulation du sang, par M. Wanner. (Académie des sciences, 9 mai.)

L'auteur s'occupe surtout du cœur, qu'il considère comme une pompe aspirante et foulante.

Circulation capillaire, par M. Plint. (The American Journal et Gazette médicale de Paris, p. 156.)

Il résulte de ces expériences que le sang non aéré stagne dans les capillaires, bien que le cœur continue à se contracter. Dans l'asphyxie, l'obstacle à la circulation gît dans les capillaires.

Changements de position du cœur à l'état physiologique, par M. Lotzbeck. (Deutsche Klinik et Union médicale, t. III, p. 255.)

Fille de dix-huit ans, portant une énorme fistule stercorale sous-ombilicale. A travers l'ouverture des téguments, on introduisait aisément le doigt entre le foie et le diaphragme ; on arriva ainsi à percevoir la pointe du cœur à travers cette cloison. — La malade étant debout et droite, et le doigt appliqué contre la paroi inférieure des ventricules, on sent à chaque systole un coup bref, sec, glissant un peu sur le diaphragme, pendant que la pointe du cœur semble se durcir et se porte légèrement à gauche. Le choc est parfaitement visible à l'extérieur de la paroi thoracique. Le résultat est le même quand la jeune fille penche le corps en avant, seulement le choc est plus évident. Lorsque, au contraire, elle se penche en arrière, le doigt étant tenu invariablement à la même place, il arrive un moment où l'on ne sent et ne voit plus le cœur. Autre expérience : La malade est dans la position verticale et respire très-doucement ; il est alors facile de refouler le diaphragme et de sentir la paroi postérieure du cœur ; on écarte le doigt en arrière de 1 centimètre à peu près, et l'on ne perçoit plus de battements, mais on les retrouve si, sans déranger la position du doigt, on fait incliner la fille doucement, de manière à former un angle de 120 à 125 degrés. L'inclinaison latérale fait glisser le cœur à gauche et à droite : à gauche, de 2 centimètres, et à droite seulement de 1 centimètre.

Recherches sur les valvules rénales et hépatiques et sur la circulation hépatico-rénale, par M. Donnel. (Journal de physiologie, p. 300.)

Chez tous les animaux domestiques (cheval, mouton, chien, lapin, etc.), la veine rénale est munie d'une ou plusieurs valvules à sa jonction avec la veine cave supérieure. Cet appareil valvulaire ne permet pas au sang de la veine cave de refluer dans les reins, comme l'avait pensé M. Claude Bernard. Ces valvules s'opposent plus ou moins complétement au passage des injections poussées dans la veine cave ; ces faits prouveraient, suivant l'auteur, que la *circulation hépatico-rénale* est une hypothèse dénuée de fondement. — On retrouve ces valvules rénales chez

l'homme adulte, mais à l'état de vestige seulement ; chez le fœtus, elles sont ordinairement complètes. — Des valvules analogues aux valvules rénales se trouvent, chez beaucoup d'animaux, à l'embouchure des veines hépatiques.

Cours rétrograde des veines émulgentes, par M. Franceschi. Gazette médicale de Paris, p. 832.)

Expériences prouvant le cours rétrograde du sang dans les veines rénales ; confirmation du fait annoncé par M. Bernard.

Persistance du trou de Botal, par M. Ogle. (Journal de physiologie, p. 119.)

Le trou ovale persiste dans un certain nombre de cas pendant toute la durée d'une longue vie ; l'existence de cette communication entre les deux oreillettes ne produit aucun phénomène local ou général.

Recherches sur quelques particularités de la structure des vaisseaux de l'encéphale, par M. Robin. (Journal de physiologie, p. 537.)

Les capillaires les plus larges offrent trois tuniques : la tunique externe est formée de fibres de tissu laminaire (cellulaire des auteurs) ; la moyenne, de fibres-cellules disposées perpendiculairement à l'axe du vaisseau ; l'interne, d'une tunique homogène, à noyaux parallèles à l'axe du vaisseau. D'autres capillaires, plus petits, n'ont que les deux tuniques interne et muqueuse. — Les plus petits capillaires sont réduits à la tunique interne. Les capillaires de l'encéphale présentent deux particularités de structure qui leur sont spéciales : 1° l'épaisseur considérable de la couche moyenne formée de fibres-cellules ; 2° l'existence d'une tunique extérieure à la couche de fibres-cellules, tunique formée non par du tissu laminaire, mais par une substance homogène, à peine striée. Cette tunique est distante des parois propres des capillaires ; et, dans cet intervalle, nagent de petits noyaux granuleux, assez analogues aux noyaux des leucocytes. Chez beaucoup de sujets, on trouve encore, flottant entre ces noyaux, des granulations graisseuses et des grains d'hématosine. Cette tunique extérieure n'existe pas sur tous les capillaires des centres encéphalo-rachidiens, et, jusqu'à présent, on ne peut savoir précisément à quelle particularité anatomique exacte se rattache leur présence.

Sur quelques points de l'anatomie et de la physiologie des leucocytes ou globules blancs du sang, par M. Ch. Robin. (Journal de physiologie, p. 41.)

Les leucocytes (*globules blancs du sang, globules de mucus,*

globules de pus) se trouvent, à l'état normal, dans toutes les parties où existent les globules rouges du sang. Dans les petits vaisseaux, ils sont appliqués contre la face interne du conduit. On les trouve aussi dans la lymphe, et, pour parler d'une façon plus générale, dans toutes les humeurs de l'économie, soit normales, soit accidentelles. Ce sont eux qui constituent surtout, et presque à l'exclusion de tout autre élément, la partie solide du pus. Cependant, ils ne doivent pas être considérés comme un produit *spécial* de l'inflammation ; on les retrouve, en effet, à la surface de la plupart des muqueuses saines. — Les leucocytes peuvent, comme tous les éléments anatomiques, se trouver dans des conditions d'hypergénèse. Dans la lymphe, le sang, cette hypergénèse peut aller jusqu'à la leucocythémie. Sur d'autres points de l'économie, quand l'hypergénèse est accompagnée de l'*aberration de lieu*, on observe ces tumeurs liquides connues sous le nom d'*abcès*. Les leucocytes peuvent même se rencontrer dans les cavités accidentelles des cellules des épithéliomas. — Les leucocytes peuvent s'hypertrophier (globules du colostrum, globules granuleux d'exsudation de Lebert, etc.). — Quant à leur métamorphose en globules rouges du sang (hématies), soit à l'état embryonnaire, soit à l'état normal, c'est une pure hypothèse.

Note sur l'existence de globules du sang colorés chez plusieurs espèces d'animaux invertébrés, par M. Rouget. (Académie des sciences, 31 octobre.)

Il résulte des recherches de l'auteur que, chez les animaux invertébrés, on rencontre des globules de sang colorés, et que, par conséquent, la présence ou l'absence de globules colorés dans le sang n'est pas en relation nécessaire avec la place qu'un animal occupe dans l'une ou l'autre des deux grandes divisions zoologiques. Il y a lieu de rechercher dans les conditions spéciales de l'organisation de telle ou telle espèce la raison de l'existence d'éléments colorés ou incolores dans le sang.

Provenance et signification des globules incolores du sang, par M. Tigri. (Bullettino delle scienze med. et Gazette médicale de Paris, p. 1820.)

Cette note a pour but de réclamer la priorité pour les travaux de l'auteur, sur ces trois propositions, qui sont intimement liées à la leucocythémie : 1° l'indication d'un nouvel élément anatomique dans la composition de la boue splénique, — les cellules fusiformes à noyaux; 2° la détermination morphologique des corps constituant l'épithélium vasculaire, — les cellules fusiformes à noyaux ; 3° la séparation perpétuelle des cellules épithéliales de la surface interne de tout l'appareil vasculaire

(lymphatiques, veines, artères), cellules représentées dans le sang circulant par de grands globules blancs à noyaux, — globules épithéliaux.

Action de l'oxygène du globule artériel sur l'albumine du plasma, par M. Billiard. (Académie des sciences, 31 janvier.)

Métaux qui peuvent exister dans le sang ou dans les viscères, par M. Déchamp. (Académie des sciences, 5 décembre.)

« Par ce travail, dit l'auteur, j'ai essayé de démontrer que le manganèse, le cuivre, le plomb, n'existent dans le sang que par accident, mettant ainsi d'accord les anatomistes qui y ont constamment trouvé ces métaux, et ceux qui ne les y ont jamais trouvés. Cette conclusion est tirée de quarante-quatre analyses de foie ou de sang humain dans lesquelles le cuivre a été constaté, sans doute possible, dix-neuf fois au moins et au plus vingt-deux fois, en mettant sur le compte du cuivre les cas douteux. »

Caractères qui peuvent servir à distinguer l'hématosine de l'hématoïdine, par M. Ch. Robin. (Société de biologie, juin.)

M. Robin passe en revue quelques-uns des produits dans lesquels on rencontre l'hématosine ; il donne les caractères propres à cette substance, et recommande le procédé suivant, pour la différencier de l'hématoïdine; la distinction est très-difficile à établir dans les taches rougeâtres ou noirâtres de différents produits morbides, et ce n'est qu'en mettant à nu les cristaux de l'hématoïdine qu'on peut arriver à la vérité. Or, si l'on traite par l'acide sulfurique ordinaire, sous le champ du microscope, une préparation contenant de l'hématosine et de l'hématoïdine, on voit bientôt les corpuscules d'hématosine pâlir, réfracter de moins en moins la lumière et s'effacer peu à peu, de manière que les cristaux d'hématoïdine, jusque-là masqués, deviennent visibles.

Analogie d'action de l'acide nitrique sur la bile et sur l'hématoïdine, par M. Gubler. (Société de biologie, juin.)

On connaît les mutations de coloration que la biliverdine subit sous l'influence de l'acide nitrique ; d'après l'auteur, l'hématoïdine présenterait le même phénomène, passant alors du jaune-rouge au vert, au bleu et au violet, au rouge, puis enfin pâlissant. Il revient sur cette propriété qu'il avait déjà signalée, parce qu'elle a été niée par M. Robin, et que néanmoins des recherches ultérieures ont démontré à l'auteur la certitude de ce fait.

Cause de la mort chez les animaux soumis à une haute température, par M. Cl. Bernard. (Société de biologie, mai ; Gazette médicale de Paris, p. 462.)

M. Bernard explique la mort dans ces cas par le fait purement physique de l'augmentation de la température du sang, augmentation de température telle, qu'elle est incompatible avec l'exercice de la contractilité musculaire et, par conséquent, avec l'exercice des fonctions du cœur, qui alors s'arrête et devient incapable d'accomplir les fonctions de la vie. — Le point de cette température est fixe et précis : il se trouve à 4 ou 5 degrés au-dessus de la température normale des animaux à sang chaud, entre 45 et 46 chez les mammifères, entre 51 et 52 chez les oiseaux.

Recherches expérimentales et cliniques sur quelques questions relatives à l'asphyxie, par M. Brown-Séquard. (Journal de physiologie, p. 93.)

1° Chez les chiens, les lapins, les chats nouveau-nés, la survie à l'asphyxie est d'autant plus longue que la température de l'animal est plus basse au moment où commence l'asphyxie. 2° Chez les animaux à sang chaud, adultes, la survie à l'asphyxie est d'autant plus longue que la température est plus basse, tant que cette température ne descend pas au-dessous de 18 à 19 degrés centigrades. 3° Les mammifères nouveau-nés résistent mieux à l'asphyxie que les oiseaux nouveau-nés. Il en est de même des adultes. 4° Les différences de résistance à l'asphyxie, qui existent entre des animaux d'espèce et d'âge différents, dépendent non-seulement de la température, mais encore de la nature de l'animal.

Respiration après la suppression de l'exhalation cutanée; influence vivifiante d'une température élevée, par M. Valentin. (Archiv für phys. Heilkunde; Gazette médicale de Paris, p. 547.)

L'auteur a fait des expériences sur des lapins dont il a enduit le corps avec une dissolution de colle-forte. — Au bout de quelques heures, les animaux, placés dans un milieu dont la chaleur était de 20 degrés centigrades, ne pouvaient plus rester debout ; les mouvements de la respiration étaient à peine visibles. — Si alors on les portait dans un milieu dont la température variait de 22 degrés à 40 degrés centigrades, ils se ranimaient rapidement ; la respiration devenait plus active, etc. — M. Valentin pense que dans les cas de gêne de la respiration, on trouvera dans une augmentation de chaleur un moyen efficace de ranimer le malade.

De la température animale dans quelques états pathologiques et de ses rapports avec la circulation et la respiration, par M. E. Hardy. (Thèses de Paris, 41.)

Travail consciencieux et bien fait, pour lequel l'auteur a recueilli 51 observations, ainsi réparties : 11 fièvres typhoïdes, 11 rhumatismes, 8 pneumonies, 6 varioles, 5 fièvres synoques, 4 rougeoles, 3 érysipèles, 2 scarlatines, 1 infection purulente. — A la fin de la thèse se trouvent huit planches représentant le tracé graphique des principales opérations. — Après un exposé rapide des recherches les plus récentes sur la température animale, l'auteur donne un historique très-complet, puis il entre dans le détail des observations. Nous résumons les faits les plus intéressants contenus dans cette thèse. — Il y a des maladies dans lesquelles la température n'est pas modifiée ; il y en a d'autres où elle est augmentée (fièvres) ; enfin, il en est où la température est diminuée (sclérème, choléra). — Tantôt l'élévation est subite comme dans la pneumonie, le rhumatisme ; tantôt elle n'atteint son maximum qu'au bout de quelques jours (fièvre typhoïde). — Il n'existe aucune relation entre l'étendue des lésions et le chiffre de la température. — Le délire est toujours accompagné d'une chaleur supérieure à 39 degrés. — Quelquefois la chaleur s'abaisse la veille de la mort, pour se relever brusquement au moment de l'agonie. — L'apparition de phénomènes critiques est toujours accompagnée d'un abaissement brusque de la température. — Il y a habituellement élévation de la température le soir : l'égalité entre la température du matin et celle du soir indique en général une complication. — Les toniques et l'alimentation tendent à élever la température ; les émissions sanguines, le sulfate de quinine, l'émétique l'abaissent ; ce dernier, donné à dose vomitive, la fait quelquefois tomber brusquement de 2 degrés. — La température suit à peu près les mêmes variations que la circulation et la respiration ; cela est assez marqué dans le sclérème : toutefois, il est impossible d'établir une corrélation exacte entre ces trois phénomènes ; ils présentent même une discordance complète dans le choléra.

Quelques points de l'anatomie du bulbe rachidien et de la protubérance annulaire chez l'homme, par M. Vulpian. (Gazette médicale de Paris, p. 112.)

Dans cet article, M. Vulpian décrit une disposition des fibres arciformes, disposition qui ne serait pas rare (2 fois sur 10). Les fibres arciformes vont faire partie constituante des pyramides antérieures. D'après la description qu'il en donne, il semblerait que ces fibres sont formées en majorité de fibres qui, venues par

l'intermédiaire du corps rétiforme des parties centrales du système nerveux, vont par un trajet centripète gagner probablement d'autres parties centrales de ce système, conjointement aux fibres pyramidales : ce serait une commissure entre le cervelet et le cerveau. — Parmi les fibres arciformes, il en est un certain nombre qui vont se terminer du côté du *calamus scriptorius*, dans des lamelles qui naissent des bords du *calamus*, et contribuent à former une voûte membraneuse au quatrième ventricule. — Viennent ensuite des considérations critiques sur l'origine du facial, et les travaux récents sur le système nerveux.

Recherches sur la physiologie et la pathologie de la protubérance annulaire, par M. Brown-Séquard. (Journal de physiologie.)

Ce travail très-long et très-intéressant se trouve résumé dans les conclusions suivantes : — 1° Les corps rétiformes et leur continuation dans le cervelet, ainsi que leur continuation dans la protubérance, ne sont pas les conducteurs des impressions sensitives dans le bulbe, la protubérance et le cervelet, ainsi qu'on l'a supposé. — 2° L'hypéresthésie qui existe d'un côté d'une lésion de la moelle épinière, à sa face postérieure surtout, existe du côté opposé dans les cas de lésion à la face antérieure ou postérieure de la protubérance ou du bulbe, amenant de l'inflammation ou au moins de l'irritation de la substance grise centrale. — 3° L'entre-croisement des impressions sensitives ne se fait pas, comme on l'a imaginé, au-dessous des tubercules quadrijumeaux, ni dans la protubérance, ni dans la moelle allongée, au moins dans ses parties supérieures; il semble donc qu'il s'opère surtout, sinon entièrement, dans la moelle épinière. — 4° Il existe une espèce particulière de paralysie du côté de la lésion encéphalique, paralysie qui ne dépend pas d'une solution de continuité de conducteurs pour les mouvements volontaires, mais d'une irritation agissant comme l'irritation des nerfs viscéraux, qui produit des paralysies par action réflexe. — 5° Dans la protubérance, la transmission des impressions sensitives ne se fait pas par la même partie que la transmission des ordres de la volonté aux muscles : la première de ces transmissions semble se faire surtout pour les parties centrales de la protubérance, la seconde par les parties antérieures de cet organe.

Existence des olives chez quelques vertébrés supérieurs, par M. Luys. (Société de biologie, octobre.)

Les physiologistes ont nié l'existence des corps olivaires dans le bulbe des animaux supérieurs. M. Luys a prouvé que les olives existaient dans le bulbe du veau, du bœuf et du mouton. Pour

les trouver, il faut avoir un caractère qui permette de les reconnaître, alors même qu'elles n'occupent pas exactement la place qu'elles ont dans le bulbe de l'homme. Histologiquement l'olive est un amas de cellules nerveuses à prolongements multiples, anastomosés en réseaux, à coloration jaunâtre, et formant toutes entre elles, dans le bulbe, une ligne sinueuse plus ou moins prolongée. C'est avec cette formule que M. Luys a reconnu les olives dans les animaux vertébrés, qu'il a examinés jusqu'à présent. — Ces corps sont rudimentaires; il y a à peine deux ou trois sinuosités jaunâtres; on les trouve principalement à la région antéro-latérale du bulbe; leur texture est sensiblement la même que chez l'homme : il n'y a que des différences de quantité.

Expériences nouvelles sur la transmission des impressions sensitives dans la moelle épinière, par M. Brown-Séquard. (Journal de physiologie, p. 65.)

Cet article contient le récit de nouvelles expériences, ayant pour résultat de démontrer l'exactitude des opinions de M. Brown-Séquard, à savoir : — 1° Que les cordons postérieurs de la moelle ne semblent servir à la transmission d'aucune partie des impressions sensitives jusqu'à l'encéphale, et que c'est surtout la substance grise centrale qui sert à cette transmission ; — 2° Que les conducteurs des impressions sensitives des membres et du tronc s'entre-croisent dans la moelle épinière et non dans l'encéphale, comme on l'a prétendu.

Fonctions des cordons postérieurs de la moelle épinière, par **M. Schiff.** (Gazette hebdomadaire, p. 246.)

L'auteur a déjà démontré que toutes les parties de la substance grise transmettent très-bien les sensations; par de nouvelles expériences, il prouve que la substance blanche postérieure ne conduit que la sensation de l'attouchement, et que la substance grise est nécessaire pour des sensations plus profondes. Pour arriver à la démonstration de ce fait, l'auteur a développé une très-grande excitabilité chez des lapins par des hémorrhagies rapides et abondantes; si, dans cet état, la substance grise était coupée, le moindre attouchement provoquait des mouvements chez l'animal, qui restait insensible à de fortes pressions.

Nouvelles expériences snr la moelle épinière, par M. Paolini. (Académie des sciences, 13 juin.)

Résumé : — 1° Les cordons postérieurs et latéraux de la moelle sont doués d'une sensibilité exquise. — 2° La division de ces

cordons n'empêche pas la transmission à l'encéphale des impressions sensitives. — 3° Les impressions transmises par les racines spinales postérieures, après un court trajet à travers les fibres médullaires de ces cordons, passent dans la substance grise. — 4° La substance grise, quoique insensible par elle-même, c'est-à-dire incapable de recevoir immédiatement les impressions excitatrices du sentiment, paraît le moyen indispensable pour le transport des impressions au sensorium commun. — 5° Les seuls cordons postérieurs étant coupés transversalement, la sensibilité des parties de l'animal, situées au-dessous de la section, augmente temporairement. — 6° Les cordons postérieurs conservent leur propre sensibilité, bien que coupés en deux ou trois points, à une certaine distance l'un de l'autre. — 7° Les cordons antérieurs sont insensibles à l'application immédiate des stimulants. — 8° Enfin, ces cordons antérieurs sont essentiellement moteurs, mais ne semblent pas étrangers à la production du sentiment.

Transmission de la sensibilité et du mouvement dans la moelle épinière, par M. Van Kempen. (Académie des sciences, 13 juin.)

Brochure contenant, sur ce sujet, les conclusions suivantes : — 1° Chez la grenouille, la transmission de la sensibilité consciente est croisée dans toute la longueur de la moelle épinière ; celle du mouvement, au contraire, est directe dans la portion lombo-dorsale, et croisée dans sa portion cervicale. — 2° Chez les pigeons, l'entre-croisement des conducteurs de la sensibilité consciente a lieu dans toute l'étendue de la moelle épinière. La transmission du mouvement volontaire est directe dans la région lombo-dorsale ; elle est au contraire croisée partiellement dans la région cervicale. — 3° Chez les mammifères, la propagation de la sensibilité consciente est croisée dans toute la longueur de la moelle épinière. La transmission du mouvement volontaire est seulement directe dans la région lombo-dorsale ; à la région cervicale, elle est en partie croisée, et la plus grande partie y est encore directe, puisque, dans les expériences de l'auteur, le membre postérieur du côté opéré était plus paralysé que celui du côté opposé.

Influence de la portion cervicale du grand sympathique et de la moelle épinière sur l'œil et ses dépendances, par M. Ogle. (British medical Journal ; Union médicale, t. II, p. 62, et Archives générales de médecine, mai, p. 611.)

Les expériences et les dissections ont montré, pour les animaux inférieurs, que l'iris est formé par deux couches de muscles,

l'une circulaire, qui sert à la contraction de la pupille, et l'autre radiée, servant à la dilatation, placée sous l'influence de deux sources bien distinctes d'innervation. La troisième paire de nerfs crâniens préside à la contraction des fibres circulaires de l'iris, et le grand sympathique, par ses anastomoses avec le ganglion lenticulaire, anime les fibres radiées ou dilatatrices. D'où il suit que, si l'on détruit l'influence de la troisième paire, la pupille se dilate, les fibres radiées, qui sont animées par le grand sympathique, conservent toute leur puissance d'action; par contre, si l'on paralyse par la compression l'influence du grand sympathique et qu'on laisse la troisième paire intacte, la pupille se contracte. L'auteur, à l'exemple de Gairdner, explique par ces faits physiologiques la contraction ou la dilatation de la pupille, existant du même côté que certaines tumeurs, que certaines lésions intéressant le grand sympathique ou la moelle, ou la troisième paire. (Anévrysmes de l'aorte, blessure de la moelle, tumeurs cancéreuses, ganglionnaires, etc.)

Centre génito-spinal du grand sympathique, par **M. Budge.** (Académie des sciences, 28 février.)

« On connaît, dans la moelle épinière et allongée, trois centres circonscrits dans un espace relativement très-petit, savoir : 1° le *centrum respiratorium* ou point vital de Flourens, à l'extrémité du calamus scriptorius, source des mouvements respiratoires; 2° le *centrum clio-spinale* de Budge, situé entre la sixième vertèbre cervicale et la quatrième de la poitrine, source des mouvements du *dilatator pupillæ* et des artères de la tête; 3° le *centrum genito-spinale* de Budge, à la quatrième vertèbre lombaire (chez le lapin), source du mouvement de la partie inférieure du canal intestinal, de la vessie, des *ductus deferentes.* »

Observation tendant à prouver qu'un tronçon de moelle épinière resté sain peut devenir un foyer d'innervation indépendant, lorsque le cordon médullaire est ramolli entre le tronçon et le cerveau, par **M.** Vernay. (Gazette médicale de Lyon, p. 465.)

Malade ayant un ramollissement de la moelle; la motilité avait complétement disparu dans les membres inférieurs, et la sensibilité était presque complétement éteinte. Mais les fonctions de la vessie et du rectum étaient dans un état parfait d'intégrité. A l'autopsie, on constata un ramollissement de la moelle à la région dorsale; la queue de cheval était également ramollie; mais un peu au-dessus du renflement lombaire, la moelle était résistante et saine en apparence dans une étendue de 5 à 6 centimètres. — L'auteur rappelle deux exemples analogues; il pense

que ces faits viennent à l'appui de l'existence du centre génito-spinal, décrit par M. Budge.

Influence de la chaleur et de l'électricité sur la moelle épinière, par M. F. Kunde. (Verhandlungen der phys. Medizin ; Gazette médicale de Paris, p. 31.)

Parmi les résultats annoncés, on voit que la chaleur élevée et l'électricité font disparaître le tétanos produit par la strychnine. Le tétanos même ne se déclare pas, si on donne de la strychnine à une grenouille exposée à une certaine température.

Faculté perceptive de la moelle épinière, prouvée par des expériences sur des animaux à sang froid, par M. Georges Paton. (The North-American med.-chir. Review et Gazette médicale de Paris, p. 701.)

L'auteur a décapité des grenouilles ; en les soumettant ensuite à des irritations, il a vu se produire non-seulement les mouvements réflexes, mais encore des mouvements coordonnés dans un but déterminé, variables comme la cause excitatrice qui les provoque. Il en conclut que la moelle épinière donne à l'animal la faculté de sentir et de manifester les perceptions par des mouvements définis ; que le cerveau est établi au-dessus de la moelle pour agir sur les facultés qu'elle possède ; il est de plus le siége de la mémoire et de l'intelligence. — Le siége de la faculté perceptive serait, suivant l'auteur, dans la moelle allongée et dans les portions supérieures de la corde spinale.

Recherches sur les centres nerveux qui président aux contractions de l'utérus, par M. Spiegelberg. (Archives générales de médecine, p. 224, février.)

1° L'arrêt de la circulation provoque les mouvements péristaltiques de l'utérus, de même que ceux des intestins : ces mouvements ne manquent jamais de se produire lorsqu'on comprime l'aorte immédiatement au-dessous du diaphragme ; ils durent autant que cette compression et s'arrêtent dès qu'on la suspend. — 2° Les nerfs pneumogastriques n'ont pas d'influence directe sur les mouvements de l'utérus ; mais, lorsqu'on les irrite de façon à arrêter les contractions du cœur, on observe les mêmes effets qu'en comprimant l'aorte. — 3° On provoque des contractions utérines en excitant la moelle allongée, alors même que l'on a d'abord coupé les nerfs pneumogastriques. — 4° Les contractions sont surtout sous l'influence du cervelet, quel que soit d'ailleurs le point que l'on irrite ; on en obtient encore souvent en excitant les corps quadrijumeaux, mais jamais en agissant sur le cerveau proprement dit. — 5° Elles peuvent avoir pour point

de départ la moelle épinière, et surtout sa partie lombaire et sacrée; il est vrai qu'une irritation de la moelle épinière peut arrêter les contractions de la matrice à l'état de gravidité, mais seulement lorsque cette irritation est très-intense. — 6° C'est par les nerfs sacrés et grand sympathique qu'est établie la relation entre l'utérus et ses centres moteurs. — 7° L'initiative des contractions utérines qui président à l'accouchement n'appartient pas au système nerveux, mais probablement à des modifications que subit la circulation utérine dans la grossesse.

Régénération des nerfs séparés des centres nerveux, par MM. Philippeaux et Vulpian. (Académie des sciences, 10 octobre.)

MM. Philippeaux et Vulpian adressent une note sur des expériences démontrant que des nerfs séparés des centres nerveux peuvent, après s'être altérés complétement, se régénérer, tout en demeurant isolés de ces centres, et recouvrer leurs propriétés physiologiques. — Les expériences ont été faites sur des nerfs mixtes, moteurs et sensitifs. Dans tous ces cas, les tubes restaurés étaient grêles et prenaient pour la plupart l'aspect variqueux. La régénération se fait même dans un segment de nerf séparé par deux résections de la périphérie et du centre. Les fonctions reviennent en même temps que les tubes nerveux reprennent leurs caractères. — Les animaux qui ont servi aux expériences étaient tous très-jeunes; les auteurs ne considèrent pas provisoirement ces résultats comme devant infirmer d'une manière absolue les opinions admises jusqu'à ce jour.

Expériences de MM. Philippeaux et Vulpian sur la régénération des nerfs, par M. Schiff. (Société de biologie, octobre.)

L'auteur fait observer qu'il n'a jamais obtenu, chez l'adulte les résultats annoncés par MM. Philippeaux et Vulpian; il croit que ces résultats dépendent de l'âge peu avancé des animaux sur lesquels ont été faites ses expériences.

Survie des queues d'embryons de grenouilles, après leur séparation du corps, par M. Vulpian. (Société de biologie, avril; Gazette médicale de Paris, p. 370.)

On trouvera sur ce phénomène quelques détails consignés dans l'*Annuaire*, p. 79, t. II. — Dans cette nouvelle communication, M. Vulpian annonce que les cellules embryonnaires ont disparu peu à peu, pour faire place aux muscles, aux vaisseaux, à tous les éléments que l'on trouve chez un têtard bien développé; il y a eu un allongement considérable; la contractilité est devenue manifeste.

Retour de la sensibilité après la section des nerfs, par M. Lotzbeck. (Deutsche Klinik, nº 31, et Gazette hebdomadaire, p. 719.)

Cinq observations. Une portion plus ou moins considérable des nerfs avait été réséquée. La sensibilité est revenue après quelques jours, — après un délai beaucoup plus considérable; — dans toute l'étendue des téguments où elle était abolie, — dans quelques points circonscrits; — tantôt elle reste affaiblie; d'autres fois elle revient à l'état normal. — Le retour de la perception des températures coïncide habituellement avec celui de la sensibilité tactile.

Recherches sur le mode de terminaison des nerfs, par M. W. Krause. (Archives générales de médecine, mai, p. 612.)

Études sur la conjonctive. Les fibres nerveuses primitives se divisent dichotomiquement à deux ou trois reprises et se terminent dans un corpuscule arrondi ou ovalaire, en forme de massue (bulbe terminal). Ce bulbe est composé d'une couche extérieure de tissu connectif à noyaux et d'un cylindre central amorphe, dans lequel la fibre nerveuse vient plonger. — M. Krause pense que ces organes servent à la transmission des impressions sensitives.

Réunion des fibres nerveuses sensibles avec les fibres motrices, par MM. Gluge et Thiernesse. (Académie des sciences, 27 septembre.)

Dans les expériences faites par les auteurs, ils constatent les résultats obtenus seulement au moyen de la contraction musculaire, pour éviter les erreurs fréquentes données par la sensibilité de l'animal. Les conclusions sont que : 1° les fibres sensibles ne peuvent être transformées en fibres motrices; 2° le mouvement organique dans les fibres nerveuses qui détermine la sensation doit être différent de celui qui produit la contraction musculaire.

Propriétés électriques des nerfs vivants, par M. Schiff. (Société de biologie, octobre; Gazette médicale de Paris, p. 775.)

Cet article est consacré à l'étude des phénomènes désignés par Du Bois-Raymond, sous le nom d'*état électrotonique* et de *variation négative du courant*; M. Schiff veut démontrer que ces phénomènes, se montrant en dehors des conditions du courant primitif, ne peuvent être confondus avec lui et occupent un autre élément histologique.

Expériences sur les nerfs du sentiment et du mouvement et sur le nerf pneumogastrique des poissons, par M. Moreau. (Société de biologie, juillet; Gazette médicale de Paris, p. 582.)

Sur une espèce de squale, l'auteur a galvanisé le pneumogastrique latéral ; il n'a obtenu aucun mouvement dans les parties auxquelles ce nerf se distribue; mais il s'est produit des mouvements réflexes généraux, signes de sensibilité. Cette sensibilité est obtuse et passagère, comme celle qui a été constatée dans les pneumogastriques des animaux à sang chaud.

Section des nerfs pneumogastriques chez les reptiles, par M. A. Moreau. (Société de biologie, septembre; Gazette médicale de Paris, p. 726.)

Le nombre des pulsations du cœur n'est pas augmenté : ce résultat diffère de celui qu'on obtient, après la même opération, chez le chien et d'autres animaux.

Racines de sentiment et de mouvement chez les oiseaux, par M. A. Moreau. (Société de biologie, août; Gazette médicale de Paris, p. 646.)

Expériences faites sur des poules, des pigeons et des oies. M. Moreau a constaté expérimentalement que, chez les oiseaux comme chez les mammifères, les racines antérieures sont les racines de mouvement, et que les racines postérieures sont les racines de sentiment.

Nature du fluide nerveux et des sécrétions organiques, par M. Turck. (Gazette médicale de Lyon, p. 233, 404.)

L'auteur a fait imprimer que le fluide nerveux est identique au fluide électrique et qu'il se produit non pas dans le système nerveux seulement, mais dans l'économie entière. Il voit dans l'organisme de nombreuses actions chimiques, qu'il considère comme la source unique de la puissance nerveuse.

Transmission par hérédité chez les mammifères, et particulièrement chez les cochons d'Inde, d'une affection épileptiforme, produite chez les parents par des lésions traumatiques de la moelle épinière, par M. Brown-Séquard. (Société de biologie, septembre.

Chez quelques-uns des petits nés de cochons d'Inde, rendus épileptiques par diverses opérations sur la moelle, M. Brown a constaté une affection épileptiforme très-nette. Il n'y a que des accès spontanés qu'on ne peut provoquer, comme chez les parents, par le pincement de la face.

Sensibilité récurrente envisagée comme phénomène de la sensation réflexe, par M. Gubler. (Société de biologie, août; Gazette médicale de Paris, p. 628.)

L'auteur admet qu'un courant centrifuge, arrivé à l'extrémité d'un rameau moteur, s'y métamorphose en courant centripète revenant par le nerf de sentiment, et que c'est là l'explication de la sensibilité récurrente. Il n'est pas nécessaire, du reste, d'admettre les anses nerveuses terminales : deux filets, l'un de sentiment, l'autre de mouvement, accolés pendant une grande partie de leur trajet, peuvent être le siége de la communication fonctionnelle, sans inosculatoire à leur partie périphérique : une disposition anatomique de découverte récente pourrait expliquer et appuyer la théorie de M. Gubler : c'est l'existence de cellules multipolaires à la périphérie du corps, tant dans la peau elle-même que dans le tissu cellulaire sous-cutané : ces cellules sont en tout semblables à celles de la substance grise de la moelle. Cette analogie de structure doit entraîner une analogie de fonctions : ces cellules seraient une espèce de *moelle dissociée ou diffuse*, où le courant arrivé par le nerf moteur se transforme pour revenir au centre.

Action des nerfs sur la circulation et la sécrétion des glandes, par M. Cl. Bernard. (Société de biologie, mai; Gazette médicale de Paris, p. 462.)

M. Bernard a montré que la corde du tympan rendait plus active la circulation dans la glande sous-maxillaire et que le grand sympathique agissait en sens inverse, c'est-à-dire qu'il contractait les vaisseaux. La galvanisation de la corde du tympan produit l'élargissement des vaisseaux, l'accroissement de la circulation et par suite l'exagération de la sécrétion ; ces mêmes effets sont obtenus, si, au lieu d'exciter la corde du tympan, on détruit par le curare les fonctions motrices du grand sympathique. M. Bernard en conclut que ce dernier nerf est une sorte de régulateur, de frein qui tient pour ainsi dire en respect la glande.

Effets physiologiques produits par l'électricité transmise dans l'organisme animal, à l'état de courant instantané et à l'état de courant continu, par M. Chauveau. (Journal de physiologie, p. 490.)

Travail remarquable par les faits nouveaux qu'il renferme et l'importance physiologique de ses conclusions : 1° l'effet produit sur l'organisme vivant par un courant induit consiste dans une excitation qui se traduit : sur les muscles, par des phénomènes de contractilité ; sur les nerfs, par des réactions motrices ou douloureuses ; 2° lorsqu'un animal se trouve interposé dans

un courant induit, l'excitation électrique est plus énergique aux extrémités du conducteur animal que dans le milieu de ce conducteur; 3° l'excitation électrique est toujours plus énergique du côté du réophore négatif, c'est-à-dire au point du conducteur animal qui correspond à la sortie du courant; 4° l'excitation électrique produite par le courant induit direct est plus énergique que l'excitation produite par le courant inverse; 5° que le conducteur animal soit composé d'un ou de plusieurs individus, l'excitation est la même pour chacun des individus faisant partie du courant. — Ces conclusions établies à la suite d'un grand nombre d'expériences aussi nettes qu'élégantes, M. Chauveau discute la question physique de la comparaison des courants induits directs ou inverses. Ces courants agissent *identiquement* sur le voltamètre et le galvanomètre : ils ont donc même intensité, même durée, même puissance chimique; mais ils n'ont pas la même *tension*, fait physique que l'on peut directement constater en augmentant la longueur des conducteurs interpolaires. C'est à la tension électrique que doivent se rapporter les effets dits physiologiques. Cette tension est bien plus forte dans les courants instantanés que dans les courants continus; aussi les effets des courants induits sont-ils bien plus énergiques sur l'organisme que les effets des courants continus. Il en est de même de l'électricité statique : tension forte, effets physiologiques énergiques. La résistance qu'oppose à la circulation de l'électricité le passage du courant à travers des milieux de nature différente augmente la tension. C'est ainsi que s'explique la différence des excitations produites sur les extrémités ou le milieu d'un conducteur animal; c'est ainsi que s'explique la plus grande énergie de l'excitation au réophore négatif; et, probablement aussi, le fait singulier et si connu de l'identité de l'excitation sur chacun des individus composant un conducteur animal. — Les effets physiologiques produits sur les nerfs et les muscles par l'électricité doivent être assimilés aux effets *mécaniques* produits par l'électricité à forte tension. Il n'y a là aucune polarité d'éléments, comme l'enseignent encore la plupart des physiologistes ; ces excitations par l'électricité sont tout simplement analogues aux excitations purement mécaniques provoquant soit la douleur, soit la motricité nerveuse, soit la contractilité musculaire.

Effets de la faradisation générale pratiquée sur les animaux, par M. Vulpian. (Gazette médicale de Paris, p. 258.)

M. Vulpian entend par faradisation générale la faradisation pratiquée, un des pôles étant dans la bouche et l'autre dans le rectum ; il a obtenu, sur les grenouilles et sur les lapins, des effets qui ne sont pas constants; il a déterminé, dans quelques cas,

des accidents convulsifs indiquant une exagération de l'excitabilité de la moelle épinière.

Expériences sur l'extinction des propriétés des nerfs et des muscles après la mort chez les grenouilles, par M. Ern. Faivre. (Société de biologie, juillet 1858; Gazette médicale de Paris, p. 15.)

Les phénomènes qui se manifestent dans les nerfs et dans les muscles, séparés de l'animal ouvert, se succèdent dans l'ordre suivant : — L'excitabilité nerveuse augmente un moment et se maintient ensuite, tandis que le muscle conserve ses propriétés. — Le muscle devient d'une extrême sensibilité; il se contracte sous l'influence des agents chimiques et mécaniques; pendant l'origine de cette période, le nerf perd toutes ses propriétés. — Le maximum de contractilité diminue et le muscle entre graduellement en rigidité. — En étudiant l'influence de la moelle, on trouve que par la section de la moelle sur l'animal vivant on fait mourir plus vite les nerfs et les muscles, ce qui se lie à l'activité plus grande de la circulation ; on voit aussi que les pattes dont les nerfs sont coupés ou réséqués atteignent plus tôt le maximum de contractilité que celles dont les nerfs sont intacts.

Recherches sur l'irritabilité musculaire, par M. Brown-Séquard. (Journal de physiologie, p. 75.)

L'auteur rappelle les différents travaux qu'il a publiés sur ce sujet; il dit ensuite qu'il se propose de discuter les opinions émises par d'autres physiologistes, et d'exposer les vues nouvelles auxquelles il a été conduit. M. Brown-Séquard promettait pour cela d'autres articles, qui n'ont pas paru en 1859.

Lois fondamentales de la contraction musculaire, par M. Moilin. (Société de biologie, septembre.)

M. Moilin a obtenu des contractions continues en employant des courants réguliers, peu intenses, et en mettant le pôle négatif en contact avec la portion tendineuse, tandis que le pôle positif est dans le ventre du muscle. — La contraction continue, ainsi produite, n'est pas générale pour le muscle ; elle est localisée aux fibres les plus voisines des réophores. — Un courant électrique, continu et uniforme, traversant le sarcolemme de dehors en dedans, produit des contractions d'autant plus fortes que son intensité est plus grande ; les phénomènes de relâchement en sens contraire se produisent si le courant pénètre de dedans en dehors.

Influence de quelques poisons sur l'action musculaire, par MM. Pelikan et Kœlliker. (Verhandlungen der phys. mediz. Gesellschaft in Würzburg; Gazette médicale de Paris, p. 548.)

Expériences faites avec le curare, l'upas-antiar, etc. Une première série montre que les muscles empoisonnés sont plus difficiles à irriter que ceux qui ont tous leurs nerfs. — Dans une deuxième série, on voit que les muscles, bien que leurs nerfs aient perdu leurs propriétés, montrent la même activité que les muscles normaux, quand on les irrite par des courants galvaniques induits.

Irritation chimique des nerfs et des muscles, par M. Kühne. (Académie des sciences, 21 février.)

En supposant que l'irritation directe du muscle soit le seul moyen pour décider l'ancienne question de l'irritabilité musculaire, qui est discutée depuis Haller, j'ai essayé, dit l'auteur, d'appliquer des irritations sur les nerfs et les muscles au moyen de réactifs chimiques. Il est bien connu que toutes les autres méthodes d'irritation sur un nerf ou sur un muscle, c'est-à-dire les irritations électriques, chimiques ou mécaniques qui déterminent une contraction musculaire, soit qu'on les emploie directement sur le muscle même, ou sur son nerf moteur, ne peuvent pas être variées, si ce n'est quantitativement. Avec l'irritation chimique, on a l'avantage de pouvoir les changer qualitativement, en employant diverses substances chimiques, parce que chaque moyen chimique qui, appliqué sur le muscle ou sur le nerf, détermine une contraction musculaire, comme le courant électrique, doit être considéré comme un *excitant différant qualitativement*. A ce point de vue, M. Kühne a répété les expériences de M. Eckhard sur l'irritation chimique des nerfs moteurs de la grenouille, et il a essayé les mêmes méthodes sur le muscle même. — De ses expériences, l'auteur tire les conclusions suivantes : — 1° Les acides concentrés agissent également sur les muscles et sur les nerfs moteurs ; mais à l'état de dilution ils n'excitent que le muscle et sont sans action sur le nerf. — 2° Les alcalis (potasse et soude) peuvent agir sur les muscles et les nerfs, qu'ils soient concentrés ou à l'état de dilution. — 3° Certains sels (chlorure de potassium, sodium, calcium) donnent les mêmes effets que les acides, c'est-à-dire qu'à l'état de concentration ils excitent les muscles et les nerfs, tandis qu'à l'état de dilution ils n'agissent que sur le muscle.—4° Il est d'autres substances (l'ammoniaque et quelques sels minéraux) qui n'agissent jamais sur les nerfs, quel que soit leur degré de concentration, mais qui excitent toujours le muscle. — M. W. Kühne a ensuite expérimenté avec des

réactifs *organiques*. Il a reconnu que l'acide lactique, la glycérine, concentrés jusqu'à l'état sirupeux, déterminent un tétanos violent du muscle, seulement quand on les applique sur son nerf moteur; tandis qu'on ne provoque aucune contraction quand on en dépose sur la coupe du muscle même. A mesure qu'on dilue de plus en plus ces réactifs, l'excitation du nerf diminue, mais celle du muscle augmente.—L'acide oxalique, concentré ou étendu, n'agit jamais ni sur le nerf ni sur le muscle. — Appliqués directement, l'alcool, l'éther, le chloroforme agissent très-peu sur le nerf, mais déterminent rapidement la rigidité tétanique dans le muscle qui en subit le contact. — Quant à la bile, sur les propriétés irritantes de laquelle on a beaucoup discuté, elle impressionne plus vivement la fibre musculaire que la fibre nerveuse.—On ne connaît pas assez la constitution chimique des nerfs et des muscles, pour déterminer autrement que par l'empirisme les rapports entre les liquides irritants et les tissus irritables. Mais ce qui nous est démontré par ces faits, c'est l'indépendance radicale de l'irritabilité de la fibre musculaire et de la fibre nerveuse. Chacun de ces éléments organiques a sa propriété physiologique spéciale, qui peut entrer en jeu séparément. Les expériences avec le *curare*, la *strychnine*, le *sulfocyanure de potassium*, nous en ont fourni des preuves convaincantes.

Excitabilité des muscles et des nerfs, par M. W. Kühne. (Société de biologie, juin.)

Au moyen de l'électricité, M. Kühne montre que certaines substances qui mettent en jeu l'irritabilité musculaire n'agissent pas sur le nerf intra-musculaire, mais réellement sur la fibre musculaire elle-même.

Organe électrique du gymnote et du mormyre oxyrhynque, par MM. Kupffer et W. Keferstein. (Zeitschrift für rationnelle Medizin; Gazette médicale de Paris, p. 10.)

Les auteurs décrivent trois organes électriques disposés suivant la longueur des poissons; deux de ces organes sont latéraux; le troisième, situé sous la face inférieure du corps, est aussi composé de deux moitiés bien symétriques. Ces organes, en forme de longs fuseaux, sont coupés dans le sens de leur longueur par des cloisons qui se réunissent quelquefois dans leur trajet. D'autres cloisons, très-minces et rapprochées les unes des autres, sont disposées perpendiculairement aux premières; il y en a huit par millimètre. Chaque cloison transversale est composée de deux feuillets, l'un antérieur, composé de tissu élastique, l'autre postérieur, semblable à un réseau dont les cordons ont l'aspect

de canaux et dont les mailles sont remplies d'une matière finement granuleuse, qui rappelle le contenu des cellules nerveuses : c'est le feuillet électrique. La couche élastique est très-riche en nerfs, qui partent des cloisons longitudinales et dont les éléments se divisent sur ce feuillet élastique pour aller ensuite se perdre au milieu de la substance granuleuse du feuillet électrique. La lame élastique se continue directement avec les cloisons longitudinales, tandis que la lame électrique n'a aucune communication avec les cloisons.

Modifications de l'irritabilité par les courants fermés et alternances voltaïques, par M. J. Rosenthal. (Zeitschrift für rationnelle Medizin; Gazette médicale de Paris, p. 560.)

Voici la formule générale adoptée par l'auteur : Chaque courant constant qui agit sur un nerf (moteur ou sensible), ou sur un muscle, produit sur ce nerf ou sur ce muscle un effet tel que l'ouverture du courant ou la fermeture du courant contraire détermine une violente secousse, tandis que la fermeture du premier courant ou l'ouverture du dernier suspendent l'excitation produite, ou restent sans effet : dans les deux cas, la fermeture produit une action plus énergique que l'ouverture correspondante.

Electro-physiologie, par M. Ch. Matteucci. (Académie des sciences, 27 juin.)

M. Charles Matteucci communique une note sur quelques nouvelles expériences qui intéressent hautement l'électro-physiologie. Il s'est proposé, par une expérience qu'il rapporte dans tous ses détails, de démontrer que le courant électrique n'agit sur un nerf qu'en le parcourant suivant sa longueur. — L'autre résultat auquel il annonce être parvenu est la différence notable et constante dans le pouvoir électromoteur des muscles des grenouilles, suivant que ces animaux ont été tués à l'état naturel ou après avoir éprouvé l'effet de l'empoisonnement du *curare*.

Identité du fluide électrique et de l'agent qui détermine la contraction musculaire, par M. Moilin. (Académie des sciences, 17 octobre.)

Ce travail, qui est fort étendu, étant peu susceptible d'analyse, le compte rendu se borne à en reproduire le titre, qui fait suffisamment connaître la conclusion à laquelle l'auteur est arrivé.

Du rhythme dans le diaphragme et dans les muscles de la vie animale après leur séparation des centres nerveux, par M. Brown-Séquard. (Journal de physiologie, p. 115.)

L'auteur a publié sur ce sujet un mémoire en 1849. Il a pu

confirmer ses premières recherches et voir que les mouvements du diaphragme, après sa séparation du centre cérébro-spinal, persistent avec un rhythme particulier, analogue à celui du cœur; — que les deux moitiés latérales du diaphragme, bien que communiquant à peine l'une avec l'autre, agissent, en général, simultanément comme les deux ventricules ou les deux oreillettes; — que, parfois, le rhythme du diaphragme, après la section des nerfs diaphragmatiques, reste le même ou à bien peu près le même que celui des muscles inspirateurs thoraciques. — Les faits relatifs au diaphragme ne sont pas les seuls qui montrent que d'autres muscles que le cœur peuvent avoir des mouvements rhythmiques indépendants du centre cérébro-rachidien.

De la contraction rhythmique musculaire involontaire et de l'action musculaire volontaire, par M. Jobert (de Lamballe). (Académie des sciences, 18 avril.)

Sous ce titre, M. Jobert (de Lamballe) communique une observation relative à une jeune fille dont le muscle péronier produisait un bruit rhythmique en se contractant. — M. Velpeau fait remarquer que ces bruits se peuvent produire dans d'autres parties du corps, à l'épaule, à la hanche, et M. J. Cloquet rapporte le fait d'une jeune fille qui les produisait avec les muscles lombaires.

Quelques actes des muscles volontaires devenus involontaires par l'effet de l'habitude, par M. Osborne. (Gazette médicale de Lyon, p. 433.)

Dans cet intéressant article, l'auteur passe en revue quelques actes habituels, ayant sur la contraction de certains muscles une influence telle que les mouvements deviennent involontaires. Il examine les habitudes pendant le sommeil et pendant la veille : les habitudes de la station debout, de la contenance, des organes vocaux, des paupières, des paupières chez les myopes, de l'audition, des bras.

Nutrition et décomposition des fibres musculaires, par M. Arthur Bœttcher. (Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie; Gazette médicale de Paris, p. 508.)

Il y a dans le sarcolemme des cellules de tissu connectif qui communiquent les unes avec les autres par un système de petits canaux. Quand les muscles sont irrités, les noyaux se multiplient par division dans les cellules, et les cellules nouvelles qui résultent de ce travail se détachent des cylindres. L'auteur attribue à ce travail cellulaire la décomposition des fibres primitives. Les

noyaux nouvellement formés peuvent subir la dégénérescence graisseuse.

Etat des cellules fibreuses musculaires pendant la contraction, par M. J. Meissner. (Zeitschrift für rationnelle Medizin ; Gazette médicale de Paris, p. 10.)

M. Meissner a constaté que ces cellules étaient striées en travers dans une partie plus ou moins grande de leur étendue ; mais ces stries n'occupaient qu'une des faces de la cellule, l'autre étant lisse.

Développement des os, par M. Henri Muller. (Verhandlungen der phys. mediz.; Gazette médicale de Paris, p. 21.)

L'auteur n'admet pas que le cartilage se transforme en os : le cartilage serait un élément transitoire, destiné à être remplacé par la substance *ostéogène*, dans laquelle se déposent les molécules calcaires.

Sur un muscle lisse dans la cavité orbitaire de l'homme et des mammifères, par H. Muller. (Gazette hebdomadaire, p. 127.)

La cavité orbitaire inférieure est fermée, chez l'homme, par une substance d'un gris rougeâtre, formée de faisceaux de fibres musculaires lisses, qui, généralement, sont pourvues de tendons élastiques. — Ce muscle reçoit des faisceaux nerveux qui ne renferment presque que des fibres fines, sans moelle, pouvant en partie être rattachées anatomiquement au ganglion sphéno-palatin. — Par sa contraction, le muscle détermine la saillie du globe oculaire observée ; il est l'antagoniste des muscles qui attirent l'œil dans le fond de la cavité orbitaire.

Influence excitatrice de la lumière, du froid et de la chaleur sur l'iris, par M. Brown-Séquard. (Journal de physiologie, p. 281.)

Ce mémoire, connu par des extraits, n'avait jamais été publié en entier ; il se termine par les conclusions suivantes : — 1° La lumière est capable d'agir comme un excitant énergique de l'iris et de produire directement le resserrement de la pupille.— 2° On s'était trompé en déclarant que l'iris est un diaphragme absolument immobile chez les poissons. Les resserrements et dilatations de la pupille sont même plus considérables chez quelques poissons que chez les mammifères. — 3° Quand la lumière agit directement sur l'iris et fait resserrer la pupille, elle le fait surtout, sinon uniquement, par ses rayons éclairants et spécialement par les rayons jaunes. — 4° C'est plutôt par une influence

sur les fibres musculaires de l'iris que par suite d'une action sur les nerfs de cette membrane que la lumière produit le resserrement pupillaire, quand elle agit sur des yeux séparés du corps, — 5° Un changement de température assez considérable détermine le resserrement de la pupille, si elle est dilatée, et sa dilatation, si elle est resserrée, dans des yeux de mammifères ou d'oiseaux extraits de l'orbite. — 6° La pupille, même dans un œil extrait de l'orbite, peut se resserrer à un degré si considérable, sous l'influence excitatrice de la lumière, du froid, de la chaleur ou du galvanisme, qu'il est impossible d'admettre qu'une turgescence vasculaire soit un élément *essentiel* à la production du resserrement pupillaire dans des yeux intacts dans l'orbite. — 7° Il semble probable que, si la lumière est capable d'agir comme un excitant de la rétine et de l'iris, et non des autres nerfs ou muscles de l'économie, cela est dû à ce que la disposition de ces parties de l'œil en membranes minces est une condition essentielle de l'action excitatrice de cet agent naturel de ces parties. — 8° D'après les résultats acquis à la science, comparés à ceux que j'ai obtenus, c'est l'iris qui, de tous les organes musculaires, a conservé le plus longtemps l'irritabilité.

Note sur les glandes lacrymales, par M. Béraud. (Gazette médicale, p. 827.)

Etudes faites au moyen de l'acide acétique ; résultats nouveaux. — L'auteur divise les glandes en intrinsèques ou conjonctivales et en extrinsèques ou orbito-palpébrales ; il ne s'occupe que de ces dernières, qui forment quatre groupes. — 1° Orbitaire : c'est-la glande lacrymale des auteurs. — 2° Palpébral : glande de Rosenmüller, dans la portion externe de la paupière supérieure en avant de la fossette lacrymale, contenue dans une loge fibreuse fournie par l'expansion aponévrotique du muscle élévateur ; glande en grappe. Les conduits varient de 8 à 15, en y joignant les deux de la glande lacrymale. — 3° Oculo-palpébral supérieur : inconnu jusqu'à ce jour ; situé dans l'épaisseur et à la base de la paupière supérieure, au-dessous du tendon de l'élévateur de cette paupière, immédiatement au-dessus du cul-de-sac oculo-palpébral supérieur, tout le long duquel il s'étend jusqu'au voisinage de sa partie interne. Elles sont quelquefois isolées et disposées sur une rangée ; d'autres fois elles forment trois ou quatres groupes. — 4° Oculo-palpébral inférieur : il occupe une ligne correspondante au cul-de-sac oculo-palpébral externe et inférieur. — Dans l'ensemble, on voit tous les canaux excréteurs s'ouvrir par autant d'orifices sur le cul-de-sac oculo-palpébral ; ils sont rangés d'une manière régulière ; en tout, on en peut compter vingt-cinq ou trente.

Adaptation de l'œil aux distances, par **M. Ch. Archer.** (Dublin Hospital Gazette; Union médicale, p. 380.)

C'est principalement par des modifications dans l'arrangement des fibres du cristallin que l'œil s'adapte aux différentes distances. Ce qui le prouve, c'est qu'après l'extraction de la cataracte, l'œil a presque entièrement perdu cette faculté d'adaptation. — La focalisation des rayons lumineux à une courte distance se fait sans doute par les contractions du muscle ciliaire qui attirent les procès ciliaires en avant, et les relâchent. — L'élasticité de la capsule cristalline est antagoniste des contractions du muscle ciliaire, c'est-à-dire que, lorsque celui-ci est relâché, l'élasticité de la capsule est libre dans son action. — La pression que l'hémisphère antérieur de la capsule exerce sur la face antérieure du cristallin, au moyen des cellules polygonales de Virchow, permet au cristallin de s'adapter à la focalisation des rayons lumineux venant d'une distance éloignée. — Les fibres du cristallin sont dentelées de manière à s'unir fortement les unes aux autres, et à pouvoir exécuter la plus grande somme de mouvements possible, sans que leurs rapports réciproques en soient altérés. — Le muscle ciliaire est largement pourvu d'éléments nerveux pour répondre promptement aux sollicitations constantes qui appellent ses contractions et son relâchement.

Fluorescence des milieux de l'œil, par **M. J. Regnauld.** (Société de biologie, novembre 1858; Gazette médicale de Paris, p. 37.)

On désigne sous le nom de *fluorescence* l'éclairement particulier que présentent certaines substances, lorsqu'elles sont exposées à l'action des parties les plus réfrangibles de la radiation lumineuse. Les recherches de M. Regnauld ont été faites à l'occasion des accidents causés par l'arc éclatant des appareils employés à produire la lumière électrique. Des expériences rapportées dans ce mémoire, il résulte : — 1° Que chez l'homme et quelques mammifères, la cornée est douée d'une fluorescence manifeste ; — 2° Que le cristallin possède à un haut degré les propriétés fluorescentes chez ces animaux, aussi bien que chez quelques autres vertébrés aériens, et que ces propriétés persistent dans l'endophacine, conservée par voie de dessiccation à une basse température ; — 3° Que la portion centrale (phaconine) du cristallin de plusieurs vertébrés et mollusques aquatiques est privée de ces propriétés ; — 4° Que la membrane hyaloïde seule dans le corps vitré offre une très-faible fluorescence ; — 5° Que la rétine, comme M. Helmotz le premier l'a reconnu, offre une fluorescence dont l'intensité est moindre que celle du cristallin ; — 6° Et enfin, que les accidents causés par l'action prolongée de

la lumière électrique doivent être rapportés à la fluorescence que développe dans les tissus transparents de l'œil cette source puissante des radiations violette et ultra-violette. — M. Regnauld fait suivre l'énoncé de ces conclusions des réflexions suivantes, qui ont pour objet de montrer que les faits physiques exposés dans ce mémoire sont entièrement du domaine médical, et qu'on peut en faire quelques applications immédiates à la physiologie et à l'hygiène. — Ces expériences conduisent, en effet, à compléter la question physiologique des *tutamina oculi*. Les sourcils, les paupières, le diamètre variable de la pupille, protégent la rétine contre l'accès d'une trop grande quantité de lumière ; mais ces moyens protecteurs sont inefficaces pour la garantir contre l'influence fâcheuse des radiations extrêmes. — Par leur courbure, la cornée et surtout le cristallin sont d'admirables lentilles ; par leurs propriétés fluorescentes, ce sont de véritables écrans, perméables à la partie de la radiation qui développe la sensation lumineuse, obstacles infranchissables à ces rayons chimiques, inutiles pour la vision et redoutables pour la membrane sensible. — Aussi, quand les rayons ultra-violets arrivent à l'œil avec une trop grande abondance, comme cela a lieu dans quelques circonstances spéciales (arc électrique, lumière solaire directe ou réfléchie par la neige ou les sables), la cornée et le cristallin jouent leur rôle protecteur par rapport à la rétine, mais ils sont eux-mêmes atteints par cet excès de rayons épipoliques. Alors apparaissent des altérations passagères ou permanentes, suivant la durée de l'impression. — L'auteur termine par quelques considérations sur la question d'hygiène que soulèvent ces faits.

Anatomie et physiologie de la peau, par M. Hebra. (Journal du Progrès, p. 309, 345, 401, 429.)

Leçons classiques, devant servir d'introduction à un cours des maladies de la peau.

Influence des sons sur le développement des animaux, par M. Malaguti. (Acad. delle scienze dell' instituto di Bologna ; Gazette médicale de Lyon, p. 270.)

L'expérimentateur a placé, à côté les uns des autres, un œuf de poule, des cocons de vers à soie et une horloge de poche ; tous ces objets étaient contenus dans un même vase en terre, afin que les vibrations de l'horloge fussent transmises par les parois du vase en même temps que par l'air. — Or, le poussin et les papillons en expérience présentèrent plusieurs difformités, que le simple examen révéla d'abord et que la dissection anatomique permit ensuite de préciser.

De l'hybridité, par M. Broca. (Journal de physiologie, p. 218.)

Ce mémoire est divisé en trois parties : 1° Critique de la doctrine unitaire, ou *monogéniste;* 2° classification des animaux hybrides ; 3° fécondité indéfinie de certaines races hybrides. A ce travail fait suite un second mémoire sur les phénomènes de l'hybridité dans le genre humain, mémoire non terminé encore et dont nous remettrons l'analyse à l'*Annuaire* de 1860. — I. Qu'est-ce que l'espèce? Appellera-t-on *espèce* un groupe d'animaux voisins zoologiquement ? ou d'animaux pouvant reproduire des descendants indéfiniment féconds entre eux ? ou d'animaux sortis d'un couple unique et primordial ? Questions de définitions, mais résolues le plus souvent les unes par les autres. Les monogénistes affectionnent surtout deux sujets : l'unité des races canines, l'unité des races humaines. Et comme l'a très-bien dit M. Blanchard, ils ont résolu la question de l'unité des races humaines par l'histoire la plus obscure que l'on connaisse, l'histoire des chiens. M. Broca demande comment l'homme a pu faire varier les vertèbres caudales du chien de 14 à 25, ses mamelles de 10 à 8, ses doigts de 4 à 5, etc., sans compter que les plus anciens monuments historiques nous représentent des types de chien aussi accusés que les types actuels. Ce dernier et important témoignage, signalé déjà par M. G. Pouchet, est frappant, quand il s'agit de l'homme. Les monuments les plus anciens nous montrent déjà des nègres, des Mongols, des types spéciaux comme l'Egyptien, etc. Dès lors, on doit ranger au nombre des hypothèses les plus dénuées de fondement les prétendues influences du climat sur la couleur de la peau, le développement du système pileux, l'état laineux ou lisse des cheveux, etc. Nous ne suivrons pas M. Broca au milieu des preuves accumulées avec lesquelles il écrase les unitaires. Tout est contre eux : bon sens, logique, faits matériels. Il n'est que trop facile d'anéantir de si faibles preuves. La linguistique comparée, dernier refuge des unitaires, prouve aujourd'hui, d'une manière éclatante, la diversité primitive des langues. Rien que sur les sources du Gange, de l'aveu de Prichard lui-même, il y a plus de dix idiomes complétement irréductibles entre eux, et plus éloignés du sanscrit que l'allemand et le latin. Bref, aucun fait, zoologique ou historique, ne peut être invoqué par les unitaires en faveur de leur doctrine. Reste la fameuse proposition : Tous les hommes naissent d'un même couple, parce que tous produisent entre eux des descendants indéfiniment féconds entre eux. Là commence, à proprement parler, le travail original de M. Broca. — II. L'hybridité chez les animaux peut être naturelle ou provoquée. Naturelle, c'est l'exception ; la loi de la force se charge, chez les animaux, de maintenir les es-

pèces pures de tout mélange, et les hybrides naturels sont aussi rares que les anciens les croyaient communs. Mais, entre animaux dépravés par la domesticité, l'hybridité est fréquente. L'aberration des instincts peut même, dans ce cas, occasionner des accouplements étranges entre des individus très-éloignés zoologiquement. M. Broca cite plusieurs exemples de ces unions monstrueuses et toujours stériles. Il divise l'hybridité en cinq catégories : 1° *Hybridité abortive* : la femelle conçoit, mais le produit périt soit avant terme, soit immédiatement après la naissance. De l'aveu de M. Broca lui-même, l'hybridité abortive est une vue purement hypothétique. 2° *Hybridité agénésique :* les produits sont complétement stériles. 3° *Hybridité dysgénésique :* les hybrides ne produisent que très-difficilement et par exception; produit souvent abortif. Exemple, les mulets. 4° *Hybridité paragénésique :* les hybrides de cette catégorie ne reproduisent pas, ou ne reproduisent que très-difficilement entre eux; mais leur fécondité est complète avec les souches paternelle et maternelle. 5° *Hybridité eugénésique :* fécondité, en ligne descendante ou ascendante, illimitée et indéfinie. L'hybridité paragénésique ou eugénésique peut être *unilatérale* ou *bilatérale ;* unilatérale si la fécondité n'existe que dans l'accouplement d'un mâle A avec une femelle B; bilatérale si la fécondité est possible entre le mâle A et la femelle B, et réciproquement entre la femelle A et le mâle B. — III. Depuis longtemps on connaît des hybrides eugénésiques; au Chili, les métis du bouc et de la brebis sont indéfiniment féconds; le chien et la louve, d'après des expériences même de Buffon, produisent des métis indéfiniment féconds entre eux; les alpas-vigognes, métis des alpacas et des vigognes, sont dans le même cas. Chez les oiseaux, les cas d'hybrides indéfiniment féconds sont assez communs, et nous citerons les diverses espèces de hoccos, plusieurs espèces d'anatides, beaucoup de fringilliens, etc., comme exemples d'hybridité eugénésique complète. Dernièrement, M. Roux (d'Angoulême) vient de produire des métis de lièvre et de lapine, dont la fécondité est illimitée. Il est parvenu ainsi à constituer une nouvelle race de métis auxquels M. Broca donne le nom de *léporides*. Pour obtenir ces léporides, il est nécessaire d'élever ensemble les lapereaux et les lapines, de les isoler ensuite, de les accoupler la nuit, etc. Voici comment procède M. Roux dans ses croisements : 1° les métis de premier sang sont accouplés avec le père lièvre; 2° les métis de second sang obtenus par ce dernier croisement sont de nouveau croisés avec des femelles métisses de premier sang. Les produits de ce croisement sont les *léporides;* la race est alors constituée définitivement. Les léporides font en moyenne de cinq à huit petits; ils sont remarquables par leur taille, et, à un an, ils pèsent déjà de 4 à 5 kilogrammes. Quant à la fécondité de cette race,

elle est indéfinie, et jamais aucun exemple de stérilité n'a été observé par M. Roux.

Sur les proto-organismes végétaux et animaux, nés spontanément dans de l'air artificiel et dans le gaz oxygène, par M. Pouchet. (Académie des sciences, 20 décembre 1858.)

Les expériences instituées par l'auteur le portent à regarder la doctrine de l'hétérogénie comme une vérité désormais inattaquable; après avoir démontré que l'air atmosphérique ne peut être et n'est pas le véhicule des germes des proto-organismes, il s'est appliqué à déterminer l'évolution de quelques êtres organisés, en substituant de l'air artificiel à celui de l'atmosphère. — Il a vu, à plusieurs reprises, des microzoaires et une végétation apparaître dans de l'eau placée dans ce milieu, et dans laquelle il faisait arriver, sur la cuve à mercure, une petite botte de foin ; celle-ci avait été préalablement maintenue dans un flacon bouché, à une température de 100 degrés, pendant trente minutes. Comme plusieurs savants ont prétendu que les spores de quelques cryptogames ne perdaient leur faculté de germe qu'à une température au-dessus de 100 degrés, M. Pouchet s'est en outre assuré que les sporules du *penicillium glaucum* et ceux d'un *aspergillus* sont profondément modifiées par cette température.

Génération spontanée, par M. Milne-Edwards. (Académie des sciences, 3 janvier.)

M. Milne-Edwards expose à l'Académie quelques remarques sur la valeur des faits qui sont considérés par certains naturalistes comme étant propres à prouver la *génération spontanée* des animaux ; il s'élève contre les conclusions que M. Pouchet a déduites de ses expériences présentées dans une précédente séance. L'expérience qui consiste à introduire dans un vase plein d'oxygène pur du foin préalablement chauffé dans une étuve à 100 degrés n'est pas concluante ; car, d'une part, elle n'a pas été assez prolongée pour que la température ait pu s'équilibrer dans toutes les parties contenues dans le vase, et, d'autre part, certains animalcules, tels que les tardigrades, peuvent conserver la faculté de vivre après un séjour de plusieurs heures dans une étuve dont la température est de beaucoup supérieure à celle où M. Pouchet a placé le foin employé dans ses expériences : il suffit pour cela qu'ils soient suffisamment desséchés.— M. Milne-Edwards a d'ailleurs toujours obtenu un résultat négatif en enfermant des matières organiques chargées d'infusoires dans des vases hermétiquement clos, et exposés à une température assez élevée pour déterminer la coagulation des matières albuminoïdes contenues dans leur intérieur.

M. Payen rapporte une expérience sur les sporules d'une végétation cryptogamique, dont les résultats sont, pour les végétaux rudimentaires, parfaitement conformes à ceux que M. Milne-Edwards a constatés pour les animalcules.

M. de Quatrefages cherche à démontrer, par un autre ordre d'expériences, l'existence au sein de l'atmosphère d'un nombre considérable de germes végétaux et animaux, toujours prêts à se développer aussitôt qu'ils se trouvent placés dans des conditions favorables ; il oppose en outre aux partisans de la génération spontanée les recherches sur le mode de propagation des vers intestinaux, par MM. Van Beneden et Kuchenmeister, qui récusent une partie des faits sur lesquels s'appuyait la doctrine de l'hétérogénie.

MM. Claude Bernard et Dumas rapportent également quelques expériences qui déposent contre cette doctrine.

Dans une lettre adressée à M. Milne-Edwards au sujet de la question des générations spontanées, M. Lacaze-Duthiers rapporte des expériences qu'il a vu faire à Jules Haime, et d'autres analogues, qu'il a instituées lui-même ; ces expériences sont confirmatives de celles qu'a fait connaître M. Milne-Edwards dans la dernière séance.

Génération spontanée, par M. Pouchet. (Académie des sciences, 17 janvier.)

M. Pouchet adresse une nouvelle note sur des objections relatives aux *proto-organismes rencontrés dans l'oxygène et l'air artificiel.* Il affirme qu'il n'a jamais soutenu que des animaux et des plantes seraient produits uniquement par l'action des forces générales dont dépendent les combinaisons chimiques dans le règne organique. Il rapporte de nouveaux faits qui déposent contre la dissémination atmosphérique des germes, et discute successivement les diverses objections que sa première communication a soulevées dans le sein de l'Académie ; il fait remarquer que si la température de 100 degrés était réellement insuffisante pour détruire des germes que l'on admet dans l'atmosphère, des proto-organismes auraient dû se produire dans toutes les expériences qu'on lui a opposées ; comme rien de pareil ne s'est produit, tout est à recommencer. Dans toutes ses expériences, M. Pouchet a d'ailleurs vu les œufs et les semences perdre leur faculté génésique par une ébullition de moins d'une heure de durée, lorsque la température de l'eau bouillante les avait absolument pénétrés. Il a enfin obtenu des animalcules en se servant de corps putrescibles chauffés à 220 degrés et en employant de l'eau distillée ; dans ces condi-

tions, à moins de prétendre que les germes sont presque incombustibles, on avouera qu'ils ont dû succomber.

M. Flourens communique une lettre que lui a écrite M. Pouchet, en lui adressant un spécimen destiné à être mis sous les yeux de l'Académie. Il s'agit d'un morceau de pain qui, retiré du four dans l'atmosphère qui l'environnait, et isolé, s'est couvert de *penicillium* seulement sur sa croûte, c'est-à-dire là où la température, extrêmement élevée, a dû nécessairement tuer les germes ; la mie, au contraire, n'a point été envahie par ce champignon, à l'exception des portions qui ont débordé la croûte. M. Pouchet fait remarquer que l'opposé se fût produit si les spores étaient réellement tombées sur ce pain en expérience ; que ce *penicillium* se développe tout aussi rapidement sur le pain *non contagionné* que sur du pain que l'on a en partie couvert de spores ; enfin que, malgré leur dureté, les spores du *penicillium* sont déformées par l'ébullition à 100 degrés.

De la vitalité des germes, par M. Jobard. (Académie des sciences, 14 février.)

L'auteur, dans cette note, n'a pas eu pour but de jeter du jour sur la question débattue en y apportant des faits nouveaux, mais de dégager des résultats acquis à la science certaines conséquences que les expérimentateurs n'avaient pas su ou n'avaient pas voulu en déduire. Ainsi, remarquant que la résistance des germes à la destruction semble augmenter proportionnellement à leur ténuité, il ne voit pas d'invraisemblance à supposer que ce genre de rapports se continue beaucoup au delà de ce que l'observation a démontré. De telle sorte que, quelque puissants que fussent les moyens de destruction employés par un expérimentateur, il y aurait toujours possibilité de supposer une classe de germes offrant un degré supérieur de résistance.

Génération spontanée, par M. Gaultier de Claubry. (Académie des sciences, 14 février.)

Cette note a pour but de démontrer les causes d'erreur que présentent les expériences de MM. Pouchet et Montegazza, relatives à la génération spontanée. Il rapporte une expérience de laquelle il résulte que les œufs de charançon, déposés dans le blé, ne sont pas détruits, lorsqu'on fait passer au travers du blé, pendant très-longtemps, un courant d'air chauffé de 120 à 130 degrés ; ce fait prouve que, dans les expériences de M. Pouchet, quelques germes ont pu très-bien échapper à l'action de la chaleur. — D'autre part, l'auteur a expérimenté avec des flacons remplis d'air et d'eau, qui avaient subi l'action d'une

température trés-élevée; ces flacons, hermétiquement bouchés, n'ont jamais donné naissance à aucun être organisé, tandis que, lorsqu'on les abandonnait à l'air sans les boucher, toujours il s'y développait des proto-organismes; il se prononce conséquemment pour la théorie de la diffusion des germes.

Corpuscules en suspension dans l'atmosphère, par M. Pouchet. (Académie des sciences, 21 mars.)

Des faits et des expériences que rapporte l'auteur dans ce mémoire, il résulte que l'air n'est point, comme l'ont annoncé récemment plusieurs naturalistes, le véhicule des œufs de microzoaires, et que la poussière en est si peu le réceptacle, que lorsqu'on soumet cette dernière à une température élevée, il ne se développe pas moins d'animalcules que dans celle qui n'a point été échauffée, ce qui n'aurait pas lieu si l'hypothèse de la dissémination aérienne était fondée. — M. Pouchet établit également que l'air contient presque invariablement des grains d'amidon, et que ces grains ont été pris parfois pour des œufs d'animaux microscopiques.

Révivifications et animaux ressuscitants, par M. Doyère. (Académie des sciences, 23 mai.)

Dans un travail présenté à l'Académie il y a plus de vingt ans, mais qui a été récemment rappelé par M. Milne-Edwards, à l'occasion de la discussion sur les générations spontanées, M. Doyère avait présenté une série d'expériences destinées à confirmer et à étendre les résultats obtenus par Spallanzani, résultats contestés depuis la mort de l'illustre observateur par plusieurs naturalistes. De nouveaux contradicteurs s'étant présentés depuis, M. Doyère a repris son travail, et, dans le présent mémoire, il s'attache à faire voir que le défaut de succès qu'ont éprouvé, dans des tentatives de révivification, certains expérimentateurs, tient à ce que d'importantes précautions ont été négligées, que la dessiccation, par exemple, n'a pas été conduite convenablement, de sorte qu'elle était loin d'être complète quand les animaux ont été exposés à une température qu'ils eussent supportée sans inconvénients, une fois bien desséchés. Ces précautions, à la vérité, n'ont pas été omises par d'autres expérimentateurs, trop habitués à ce genre de recherches pour ne pas sentir l'importance de chacune des conditions de l'expérience ; mais ce qu'ils ont peut-être ignoré, c'est que ce pouvoir de révivification ne paraît pas exister pour tous les systolides. S'ils avaient expérimenté sur le rotifère des gouttières, ils ne nieraient plus probablement l'existence d'animalcules ressuscitants.

Conditions de l'existence de la réviviscence, par M. C. Davaine. (Académie des sciences, 6 juin.)

De ses études, M. Davaine tire les conclusions suivantes : Les espèces qui vivent constamment submergées ne possèdent pas la propriété de reprendre les manifestations de la vie, après avoir été desséchées, même pendant un court espace de temps. Les espèces qui vivent dans des lieux exposés aux alternatives de sécheresse et d'humidité possèdent, au contraire, cette propriété, même lorsque la dessiccation a été prolongée pendant un espace de temps relativement très-long.

Animaux pseudo-ressuscitants, par M. A. Pouchet. (Académie des sciences, 10 octobre.)

Nouvelles expéciences faites avec du terreau très-riche en rotifères, en tardigrades et en anguillules reviviscibles. M. Pouchet est convaincu que jamais, quand ces animaux sont réellement secs, on ne peut les ranimer.

Animaux ressuscitants, par M. Doyère. (Académie des sciences, 14 novembre.)

M. Doyère, à l'occasion d'une communication faite à l'Académie dans la séance du 10 octobre dernier, adresse la lettre suivante : —« Avant de répondre à la communication par laquelle M. Pouchet a voulu infirmer devant l'Académie le phénomène de la réviviscence, j'ai cru devoir attendre les résultats d'expériences commencées il y a plus de trois mois. Ces résultats, dont quelques-uns viennent d'être publiés, ont prouvé que je n'ai rien à retrancher de mon mémoire de 1842. — Les rotifères, les tartigrades et les anguillules des toits peuvent être desséchés, *à froid*, aussi absolument que le permettent les moyens les plus rigoureux de la science ; et, après avoir été desséchés ainsi, ils peuvent être portés jusqu'à des températures notablement supérieures à 100 degrés, sans perdre la faculté de revenir à la vie par la réhumectation. — En se servant exclusivement de la dessiccation à chaud, M. Pouchet a réussi à porter ses animalcules jusqu'à 90 degrés, sans anéantir leur réviviscence. Entre ces animalcules ainsi desséchés et ceux que j'appelle *desséchés absolument*, il n'y a évidemment de différence que pour la minime fraction d'eau que les premiers retiennent au sein d'un air humide, M. Pouchet ne desséchant pas l'air de ses étuves. Mais cette minime fraction suffit pour abaisser le degré de température auquel la substance des tissus s'altère. Ce que personne ne consentira à admettre, ce sont des enveloppes qui, laissant les animalcules se réendosmoser en quelques minutes, lorsqu'on les réhumecte,

empêchent, au contraire, assez énergiquement le même liquide de s'exhaler, pour que ces mêmes animalcules conservent l'humidité de leurs tissus, et vivent pendant deux heures entre 80 et 90 degrés. »

A côté de ces éléments principaux de la discussion, on trouve des lettres, des articles, des assertions contraires, que nous nous contenterons d'indiquer. Les faits nouveaux et importants seront analysés à l'occasion du rapport de M. Broca, publié en 1860.

— Hétérogénie, ou Traité de la génération spontanée, basé sur de nouvelles expériences, par M. Pouchet. (Paris, J.-B. Baillière, in-8, 672 pages et 3 planches.)

— Recherches et expériences sur les animaux ressuscitants, faites au Muséum d'histoire naturelle de Rouen, par M. Pouchet. (Paris, J.-B. Baillière, in-8, 93 pages et figures.)

— De la génération spontanée, à M. Pouchet, par M. L. Doyère. (Progrès, p. 118, 225, 365.)

— Des générations spontanées, à M. le professeur Doyère, par M. Pouchet. (Progrès, p. 177, 344, 421.)

— Génération spontanée; lettre à M. Fleury, par M. Doyère. (Progrès, p. 477, 574.)

— Révivification, lettre à M. Doyère, par M. Georges Pennetier. (Progrès, p. 547, 608.)

— De la réviviscence, par M. L. Fleury. (Journal du Progrès, p. 449.)

— Mémoire sur la révivification et sur les espèces ressuscitantes, par M. Doyère. (Progrès, p. 645, 673, 701, 729.)

— Expériences sur la révivification des rotifères, par M. Tinel. (Union médicale, p. 158, t. II.)

— Recherches sur les tardigrades, par M. C. Tinel. (Union médicale, p. 380, t. II.)

— Révivification, par M. Doyère. (Union médicale, p. 443, t. II.)

— Révivification, par M. C. Tinel. (Union médicale, p. 528, t. II.)

— Révivification, par M. Doyère. (Union médicale, p. 554, t. II.)

— Hétérogénie ou Traité de la génération spontanée, par M. A. Pouchet. (Union médicale, t. III, p. 490.)

— Expériences sur les rotifères, les tardigrades et les anguilles des mousses des toits, par M. J. Gavarret. (Gazette hebdomadaire, p. 610.)

— Générations spontanées et résurrections, par M. Pouchet. (Moniteur des Hôpitaux, p. 290.)

— Expériences sur la réviviscence, par M. Gavarret. (Moniteur des Hôpitaux, p. 341.)

Symptômes de la ponte annuelle des ovaires chez la femme, par M. Mattei. (Académie des sciences, 14 février.)

M. Mattei communique sous ce titre la note suivante : — L'opinion généralement accréditée dans la science, relativement à l'ovulation chez la femme, est que cette fonction est mensuelle comme la menstruation.—J'avais déjà reconnu que cette opinion est erronée et que la ponte est annuelle pour chacun des ovaires ; mais les signes cliniques me manquaient pour rendre le fait saisissable à tous les praticiens. Aujourd'hui je suis arrivé à découvrir ces signes, et comme les mois de janvier, février, mars et avril sont l'époque de l'année où il se fait le plus d'ovulations, je viens appeler l'attention des observateurs sur ce sujet. — Les symptômes de la ponte sont tantôt assez légers pour que la femme soit simplement indisposée et ne consulte même pas le médecin, tantôt assez graves pour constituer une maladie.

Causes qui produisent la direction en spirale des vaisseaux ombilicaux, par M. John Simpson. (Extrait de Edinburgh medical Journal, juillet, et Gazette hebdomadaire, p. 685.)

L'auteur attribue la direction spirale des vaisseaux ombilicaux à la plus grande énergie du courant sanguin dans une des artères iliaques primitives. Par suite de la situation de l'aorte, l'iliaque primitive droite forme avec elle un angle moins considérable que la gauche et elle est, en outre, plus volumineuse ; le courant sanguin y est plus énergique, et la même inégalité existe pour les artères ombilicales ; l'ombilicale droite croiserait la veine ombilicale, s'il n'y avait l'enveloppe de l'amnios ; l'ombilicale droite contourne seulement la veine, et l'ombilicale gauche, moins énergique, suit ce mouvement ; l'enroulement devient permanent, par suite des progrès de l'organisation.

Recherches sur la structure du placenta, par M. Dalton. (American medical monthly Journal et Archives générales de médecine, juin, p. 724.)

Le placenta est un double organe formé en partie par le chorion, en partie par la caduque, et consistant en vaisseaux de la mère et du fœtus, inextricablement mêlés et unis les uns aux autres.

Développement de l'amnios après la mort de l'embryon, par M. Dareste. (Société de biologie, février.)

C'est un nouvel exemple de ce fait ; l'embryon était parfaite-

ment reconnaissable, et le liquide n'était pas altéré. Voir sur le même sujet la Gazette médicale de Paris, p. 34.

Effets produits par les injections d'urée, etc., dans le sang, par M. A. Hammond. (North-American medico-chirurgical Review, t. II, p. 287, et Gazette hebdomadaire, p. 126.)

Ces injections ont été faites sur des animaux sains et sur des animaux auxquels les reins avaient été extirpés. M. Hammond est arrivé aux conclusions suivantes: 1° L'urée (seule ou mêlée de mucus vésical), le carbonate d'ammoniaque, le sulfate de potasse, injectés dans les veines d'animaux sains, ne produisent pas la mort; 2° le nitrate de potasse, injecté de la même manière, est rapidement suivi de mort; 3° il en est de même lorsqu'on fait l'injection de l'une quelconque de ces substances dans les veines d'un animal auquel on a extirpé les reins. Dans aucune circonstance l'urée introduite directement dans la circulation ne se change en carbonate d'ammoniaque. L'auteur regarde les animaux sans reins comme des animaux affectés de la maladie de Bright. La mort est toujours arrivée plus rapidement après les injections d'urée qu'après l'extirpation des reins non suivie d'injection.

De l'oxalate de chaux dans les sédiments de l'urine, de la gravelle et des calculs d'oxalate de chaux, par M. Gallois. (Académie des sciences, 4 avril.)

1° L'oxalate de chaux est un corps qu'on peut rencontrer passagèrement dans l'urine de l'homme sain, à tous les âges et dans toutes les périodes de la vie. — 2° Il y apparaît surtout en proportion plus ou moins considérable sous l'influence de certains aliments, et probablement de certains médicaments. — 3° On rencontre assez fréquemment l'oxalate de chaux dans l'urine de l'homme malade; mais l'excrétion de ce corps ne constitue point à elle seule une maladie. L'oxalurie n'est donc point une entité morbide, mais seulement un symptôme commun à des affections très-diverses. Néanmoins il est vrai de dire que l'oxalurie a été observée plus souvent dans la spermatorrhée et dans certaines maladies du système nerveux, notamment dans la dyspepsie. — 4° Il y a un corps qui accompagne très-fréquemment l'oxalate de chaux dans les sédiments urinaires, aussi bien que dans la gravelle et les calculs; ce corps, c'est l'acide urique cristallisé. — 5° La coexistence très-commune, dans l'urine et les concrétions urinaires, de l'acide urique et de l'oxalate de chaux, me paraît éclairer la formation de l'oxalate calcaire au sein de l'organisme. — 6° Le rapport qu'on avait voulu établir entre l'oxalurie et le diabète ne saurait être admis.—7° L'acide oxalique (et par suite l'oxalate de chaux) semble dériver de l'acide urique, et doit être considéré comme un degré d'oxydation plus avancé de ce dernier

corps ou des éléments qui devaient servir à le constituer; de telle sorte que, toutes les fois qu'il y a dans l'économie de l'acide urique ou des éléments propres à le former, il peut se produire de l'acide oxalique sous l'influence d'une oxydation plus avancée qui s'opère dans le sang. — 8° L'oxalurie ne réclame pas, le plus ordinairement, d'autre traitement que celui de la condition physiologique ou morbide à laquelle elle est liée. Aussi a-t-on conseillé les médications les plus variées pour la combattre : 1° s'abstenir des aliments et des médicaments qui contiennent de l'acide oxalique; 2° faire usage de petites doses d'acide nitro-muriatique dans une infusion amère et tonique, ou bien de nitrate d'argent (dans la variété d'oxalate en sablier), ou dans certains cas du colchique, ou bien encore du phosphate de chaux, etc. — 9° Pour moi, j'ai constaté que les eaux minérales alcalines constituaient le moyen le plus efficace à opposer à l'excrétion de l'oxalate de chaux, surtout quand il y a coïncidence de dépôt d'acide urique, condition qui me paraît la plus fréquente de toutes.

Sur la recherche du sucre dans l'urine, par M. Leconte. (Journal de physiologie, p. 598, et Gazette médicale, p. 647.)

Dans cet article, M. Leconte regarde les procédés de Trommer, de Barreswil, la chaux, la potasse et le sous-nitrate de bismuth, comme pouvant guider dans la recherche du sucre : mais ils ne peuvent donner des caractères essentiels; on ne peut affirmer la présence du sucre que : 1° par la fermentation prompte en présence de la levûre de bière avec formation d'acide carbonique et d'alcool; 2° par l'extraction du sucre lui-même à l'aide du procédé de Lehmann, modifié par M. Leconte. Ni dans l'urine de l'homme, ni dans celle des femmes en lactation, on ne rencontre du sucre.

Présence de l'urée dans le chyle et dans la lymphe, par M. Wurtz. (Académie des sciences, 4 juillet.)

Guidé par la preuve que l'urée devait prendre naissance, non pas dans le système capillaire sanguin, mais dans l'intimité de tous les tissus, partout où des matériaux devenus impropres à la vie ont besoin d'être emportés par la combustion respiratoire, M. Wurtz a examiné le chyle d'un taureau carnivore, ayant une fistule du canal thoracique. Il y a trouvé une assez grande quantité d'urée; les recherches sur la lymphe ont donné des résulats analogues.

Recherches sur l'urée, par MM. Poiseuille et Gobley. (Académie des sciences, 25 juillet.)

Pour ces auteurs, la majeure partie de l'urée qui arrive aux reins n'est point éliminée par ces organes ; de là ne serait-on pas

en droit de penser que ce principe immédiat n'est point une substance essentiellement excrémentielle? Le sang provenant d'un organe contient, dans certains cas, moins d'urée que le sang qui s'y rend. Cette urée, qui disparaît ainsi, doit donner lieu à des métamorphoses, à des mutations particulières. Mais, d'un autre côté, le sang provenant d'un organe contient, dans certains cas, plus d'urée que le sang qui s'y rend; d'ailleurs, les organes ou tissus où se forme l'urée sont très-variés. — L'urée présente donc au sein de l'organisme des oscillations toutes spéciales; les reins sont peut-être des organes pondérateurs de ces oscillations.

Présence de la sarcine dans l'urine, par M. Begbie. (Edinburgh med. Journal; Gazette médicale de Paris, p. 108.)

La sarcine est un végétal parasite, que l'on a rencontré dans les vomissements, dans les diarrhées chroniques, dans les dépôts d'urine, etc. M. Begbie l'a trouvé chez un malade qui avait des douleurs de rein et qui urinait fréquemment. Ces phénomènes ayant disparu, la sarcine persista dans les urines.

Recherches sur l'action toxique de quelques essences, par M. Meynier. (Thèses de Paris, nº 122.)

L'auteur, dont les conclusions reposent sur des expériences faites sur les animaux (batraciens, reptiles, mammifères), avance que la spécialité restreinte des agents toxiques, qu'on a mise en avant pour faire un procès en nullité aux résultats obtenus par les expérimentateurs, n'existe pas; que les différences qu'on observe tiennent simplement à des conditions physiologiques différentielles de vacuité ou de réplétion de l'estomac, de respiration cutanée, bronchiale, pulmonaire, etc., et que toutes les fois qu'on se placera dans des conditions physiologiques identiques, on verra disparaître des anomalies souvent citées. Par exemple, on a dit que le lapin pouvait impunément avaler de l'atropine, qui empoisonne les chiens. C'est vrai; mais si l'on injecte l'atropine en solution aqueuse dans le tissu cellulaire du lapin, il est empoisonné comme le chien.

De l'action toxique du camphre.—M. Meynier, après avoir cité un certain nombre des expériences qu'il a faites, a rappelé l'observation d'Alexander, médecin anglais, et celle que M. Schaaf a publiée dans la Gazette médicale de Strasbourg (1850), après avoir montré que l'opinion de M. Fonssagrives, qui regarde le camphre comme anesthésique, est due à une erreur d'expérimentation. Après avoir fait remarquer les nombreuses analogies qui existent entre les phénomènes produits par le curare et le camphre, M. Meynier résume ainsi l'action physiologique du camphre: « A dose peu élevée, le camphre est un véritable contro-stimulant

très-analogue au colchique et à la digitale ; à dose plus forte, il est en même temps un contro-stimulant et un excitateur du système musculaire ; c'est alors qu'il peut amener la mort par arrêt mécanique de la respiration. Enfin, ces phénomènes se terminent par la réaction fébrile et la paralysie des mouvements. »

De l'action toxique de l'essence de térébenthine. — Les faits que représentent les nombreuses expériences faites par M. Meynier tendent à rapprocher les résultats ultimes de l'empoisonnement par cette substance de celui qui est produit par le camphre, quoique les phénomènes initiaux soient essentiellement différents. « L'essence de térébenthine commence par exciter la circulation, et finit aussi par amener la paralysie musculaire. Mais la paralysie du mouvement, dans ce cas, paraît tenir à la diminution progressive et simultanée des propriétés du tissu des nerfs et des muscles ; elle est suivie de près de la paralysie de la sensibilité, tandis que le camphre et le curare, tout en laissant longtemps la sensibilité intacte, dédoublent deux phénomènes, dont l'indépendance, soupçonnée par Haller, a été confirmée par M. Bernard : motilité nerveuse, contractilité musculaire. »

De l'action toxique des essences d'absinthe et de camomille. — Ces deux essences (l'essence d'absinthe surtout, bien plus énergique que l'essence de camomille), tout en activant primitivement la circulation capillaire, paralysent plus ou moins la sensibilité, en laissant intacte la motilité. Les effets anésthésiques de ces substances sont très-énergiques et très-prompts principalement chez les batraciens, sur lesquels on peut répéter les expériences les plus concluantes.

De l'action toxique des essences d'anis, de citron, de cannelle, etc. — L'auteur ne dit que quelques mots de ces essences qui n'ont jamais donné que des résultats négatifs, lorsqu'on les a employées en inhalations sur des lapins, et cependant l'essence d'anis est un poison violent pour les animaux supérieurs, chez lesquels elle détermine des convulsions violentes. Chez les animaux inférieurs, elle a également une action toxique des plus énergiques. — L'action de l'essence de citron est assez faible, et pourtant elle tue les lombrics, les sangsues, les batraciens.—L'essence de cannelle a une action à peu près semblable à celle de l'essence d'anis, quand on l'expérimente sur des animaux enfermés sous une cloche. — Les expériences variées de M. Meynier, faites avec le plus grand soin, sont intéressantes et instructives pour le médecin, autant que pour le physiologiste.

Sur l'antagonisme prétendu entre l'action physiologique du curare et celle de la strychnine, MM. Martin-Magron et Buisson. (Académie des sciences, 24 janvier.)

L'antagonisme qu'on a signalé entre l'action physiologique du

curare et de la *strychnine* ne nous paraît pas exister. Ces poisons ne diffèrent que par des nuances qui disparaissent avec les doses et le mode d'administration. Nous sommes arrivés à cette conclusion à la suite d'expériences entreprises depuis deux ans sur l'emploi des poisons. — 1° le curare et la strychnine produisent leur effet, sans qu'il soit nécessaire qu'ils arrivent aux organes par la circulation. — 2° Le curare, comme la strychnine, détermine des convulsions en rendant la moelle plus excitable, et ne l'excite pas directement. — 3° La strychnine, comme le curare, paralyse les extrémités des nerfs moteurs, ou mieux empêche l'action que l'excitation de ces nerfs produit sur les muscles dans l'état normal. — 4° Dans l'empoisonnement par le curare, comme dans l'empoisonnement par la strychnine, on a ou l'on n'a pas de convulsions, suivant que la moelle a été empoisonnée avant les extrémités, ou que les extrémités ont été empoisonnées avant la moelle. — 5° La paralysie des nerfs moteurs est, dans les limites que nous avons déterminées, indépendante des convulsions et du tétanos. — 6° La strychnine n'agit pas autrement que le curare sur les nerfs sensitifs.— 7° Le cœur continue à battre après l'empoisonnement par une certaine dose de strychnine, comme après l'empoisonnement par une certaine dose de curare. Nous avons déterminé les conditions dans lesquelles le cœur peut être arrêté. — 8° Après l'empoisonnement par la strychnine, les muscles conservent leur excitabilité, bien que les nerfs moteurs soient paralysés.—9° L'action que la strychnine exerce sur le pneumogastrique, au point de vue des battements du cœur, ne nous paraît pas différer de celle exercée par le curare; cependant nous n'avons pas de certitude à ce sujet. — Nous nous sommes servis des mots : *certaine dose*, *strychnine* et *curare;* c'est qu'en effet les phénomènes résultant de l'empoisonnement par ces substances ne varient pas seulement avec la dose et le mode d'administration, ainsi que nous l'avons déjà dit, mais encore avec la saison, la température, l'état de l'atmosphère, l'âge, la vitalité de l'animal, et surtout l'état de la circulation.

Histoire physiologique du curare, par M. Giraud-Teulon. (Gazette médicale de Paris, p. 693.)

Dans cet article, l'auteur analyse les travaux publiés sur le curare par MM. Bernard, Kœlliker, Vulpian, Pélikan, Hammond et Mitchell, etc.

Expériences sur les effets du curare, introduit dans l'estomac, par M. Brainard. (Journal de physiologie, p. 676.)

Les faits exposés dans ce travail semblent justifier la conclusion que le curare peut être absorbé dans l'estomac de certains animaux avec assez de rapidité pour causer la mort.

Effets de la nicotine sur la grenouille, par M. Vulpian. (Société de biologie, septembre; Gazette médicale de Paris, p. 725.)

La conclusion générale de ces recherches, c'est que, chez les grenouilles, la nicotine, comme la strychnine et le curare, agit sur les centres nerveux tout d'abord, que c'est là son effet le plus saillant au début de l'empoisonnement, et qu'elle agit ensuite progressivement, mais lentement, sur les nerfs, dont elle rend la motricité impuissante.

Cœurs de grenouilles plongés dans l'eau salée, par M. Vulpian. (Société de biologie, avril; Gazette médicale de Paris, p. 391.)

Abolition rapide des mouvements rhythmiques et de l'irritabilité musculaire; retour des mouvements rhythmiques, après une immersion plus ou moins prolongée dans l'eau pure.

Action de la santonine sur l'économie animale, par M. Lefèvre. (Académie des sciences, 28 février.)

M. Lefèvre adresse, à l'occasion d'une communication faite, en septembre 1858, par M. Mialhe, concernant l'action de la santonine sur l'économie animale, une note dans laquelle il est conduit à soumettre à un nouvel examen, au moyen d'observations qui lui sont propres, une opinion généralement accréditée relativement à une modification de la vision chez les personnes atteintes d'ictère. — M. Lefèvre s'efforce de prouver, par des raisonnements, que cette pénétration accidentelle d'un corps colorant dans les humeurs de l'œil n'est pas possible, ni dans les cas d'ingestion de la santonine, ni dans le cas de l'ictère ; mais, de plus, il affirme, d'après ses observations, que la vision n'est point altérée chez les ictériques : « Sur plus de cent soixante-dix malades atteints d'ictère, je n'ai pu, dit-il, en trouver un seul me disant : *Je vois jaune.* »

Action de la santonine sur la vue, par M. Phipson. (Académie des sciences, 21 mars.)

M. Phipson a constaté sur lui-même qu'après avoir pris une dose de 5 grains de santonine, il a vu les objets colorés en jaune verdâtre. Ces effets se sont dissipés au bout de quelques heures. — Il pense que le sérum du sang est coloré par la santonine, transformée dans le corps en santonéine ; est que le phénomène est analogue à celui qui a été noté quelquefois chez les ictériques.

Propriétés physiologiques et toxicologiques du tanghinia venenifera, par M. Pélikan. (Verhandlungen der phys. med. in Würzburg; Union médicale, t. IV, p. 63.)

Cet arbre croît à Madagascar : il est de la famille des apoginées; il renferme un suc laiteux et sa partie toxique est son fruit, une baie semblable à un citron, renfermant un noyau semblable à celui de la pêche, noyau qui est le siége principal du poison. Avec un extrait alcoolique, on a constaté que son action s'exerce de préférence sur le cœur, dont il paralyse l'activité, et dont on retrouve ensuite les ventricules vides ; cette action est directe et ne s'exerce pas seulement par l'intermédiaire de la moelle allongée et de la moelle rachidienne. En second lieu, il paralyse les nerfs de mouvement, dans la direction du point d'application vers la circonférence, et, en troisième lieu, il paralyse les muscles soumis à l'action de la volonté.

Action physiologique de l'arsenic, par M. H. Gouffier. (Gazette des hôpitaux, p. 231.)

L'auteur s'est soumis lui-même à des expériences ; il note l'augmentation de la chaleur du corps, l'ardeur dans l'œsophage se prolongeant jusque dans l'estomac, l'augmentation de l'appétit, l'insomnie, l'activité musculaire; la respiration est plus facile. — Embonpoint, qui fait place à l'amaigrissement dès qu'on cesse de prendre de l'arsenic.—Analyse des travaux de M. Tschudi.

Recherches sur la composition et l'action de diverses renonculacées, par M. Clarus. (Zeitschrift der wiener Aerznei, 1858, p. 38 ; Archives générales de médecine, septembre, p. 352.)

Irritation de la peau, du tube digestif et des reins ; paralysie de la moelle allongée, de la moelle épinière et du système du grand sympathique. — La renoncule scélérate et la *pulsatilla pratensis* contiennent une huile essentielle et une résine acide, non volatile. L'huile essentielle se décompose en anémonine et en acide anémonique.

Recherches sur la composition et l'action des ellébores, par M. Schroff. (Prager Vierteljahrschrift, 1859, t. II, p. 49; Archives générales de médecine, août, p. 232.)

M. Schroff a étudié l'action de l'ellébore noir, vert, oriental et fétide. L'ellébore noir est le plus actif. C'est l'extrait alcoolique de la racine recueillie en mai, qui est le plus actif. — Des doses progressivement croissantes produisent la mort, bien que l'appétit soit conservé. Les symptômes produits sont de deux ordres et peuvent être rapportés, les uns à un principe narcotique, les autres à un principe âcre.

Expériences sur l'action des hyposulfites, des hypochlorites et de l'acide benzoïque, par M. Kletzinsky. (OEsterr. Zeitschrift für prakt. Heilkunde; Union médicale, t. III, p. 511.)

Hypochlorite de soude. — Augmentation de la quantité des chlorures, en moyenne de 2gr,62 par jour ; augmentation de l'urée de 2,66 ; diminution de l'acide urique de 0,49. Jamais une trace d'hypochlorite. Ce sel est par conséquent transformé en chlorure, en perdant l'oxygène de l'acide.

Hyposulfite de soude. — Augmentation de l'acide urique de 0,51 ; augmentation des sulfates de 4,31 ; diminution de l'urée de 3,24 ; en moyenne dans les vingt-quatre heures. De plus, présence de sucre (reconnue après l'élimination de l'acide urique) jusqu'à 5 pour 1,000, et présence d'acide oxalique. L'action de l'hyposulfite de soude est donc désoxydante.

Acide benzoïque. — Diminution de l'urée de 2,69 ; mais en ajoutant la quantité d'azote de l'urée à celle de l'acide hippurique, on trouve que l'excrétion de ce gaz était de 0,34 moindre pendant l'administration de l'acide benzoïque qu'avant.

Procédé pour le dosage de l'acide cyanhydrique, par M. Buignet. Rapport de M. Boudet. (Académie de médecine, 1er février.)

« Avant les recherches de M. Buignet, dit M. le rapporteur, on connaissait, il est vrai, deux procédés pour le dosage de l'acide cyanhydrique et des cyanures par liqueurs titrées ; l'un, qui est dû à M. Liebig, donne la mesure du cyanogène par la proportion d'une solution d'azotate d'argent titré, qu'il faut employer avant d'obtenir un trouble permanent dans la liqueur soumise à l'expérience ; le second, qui appartient à MM. Fordos et Gélis, est fondé sur la décoloration de la teinture d'iode par le cyanure de potassium. Ces deux procédés sont très-précieux assurément, mais celui de M. Buignet a sur le premier l'avantage d'être basé sur un phénomène de décoloration instantanée qui est plus facile à constater que celui de la précipitation, et il est plus simple dans son exécution. » — M. Buignet a, en outre, enrichi la science d'un sel nouveau, le cyanure double de potassium et de cuivre, dont il a décrit les caractères remarquables.

Rôle de l'alcool dans l'organisme, par MM. L. Lallemand, Duroy et Perrin. (Académie des sciences, 24 octobre.)

D'après les idées communément admises, l'alcool introduit par l'absorption digestive dans le torrent circulatoire est rapidement détruit sous l'action comburante de l'oxygène amené par la respiration. Cette oxydation de l'alcool dans le sang peut donner,

comme résultat immédiat, de l'acide carbonique et de l'eau, ou, comme il est généralement admis, elle fait passer l'alcool par une série de transformations représentant des dérivés de ce corps de plus en plus oxygénés : aldéhyde, acide acétique, acide oxalique, et aboutissant à l'acide carbonique, dernier terme de la série. Comme les matières amylacées sucrées et grasses que la digestion introduit dans l'économie subissent une destruction analogue, les boissons spiritueuses, eau-de-vie, vin, bière, cidre, etc., se trouvent ainsi rangées au nombre des aliments respiratoires. — Cette théorie, appuyée sur des expériences qui paraissent irréprochables, explique d'une manière satisfaisante pour l'esprit pourquoi on n'a pas trouvé d'alcool dans le sang, pourquoi on n'en a rencontré que des traces insignifiantes ; elle explique aussi pourquoi on n'en a pas trouvé dans l'urine. — Les résultats des recherches qui font l'objet du présent mémoire sont pour la plupart en désaccord à peu près complet avec cette théorie, puisqu'elles nous conduisent, d'une part, à constater que l'alcool n'est pas détruit dans le sang, car on le trouve dans tous les liquides et dans tous les tissus, et on n'y trouve pas les produits de sa combustion ; d'autre part, à prouver qu'il sort de l'économie par diverses voies d'élimination, par les poumons, la peau, et surtout par les reins. — Ces recherches, trop étendues pour être reproduites en totalité, ne se prêtant guère à une analyse, nous nous bornerons à indiquer les principales conclusions auxquelles arrivent les auteurs, et qu'ils formulent dans les termes suivants : — 1° L'alcool n'est pas un aliment : il n'agit que comme modificateur du système nerveux. — 2° L'alcool n'est ni détruit ni transformé dans l'organisme. — 3° L'alcool se concentre surtout dans le foie et dans le cerveau. — 4° Ces faits éclairent la pathogénie de certaines altérations organiques et fonctionnelles du foie, du cerveau et des reins.

Absorption et assimilation des huiles grasses émulsionnées,
par M. Jeannel. (Académie des sciences, 21 mars.)

1° L'oléo-stéarate de mercure ne cause aucune irritation sur le derme dénudé ; il n'y est pas absorbé en proportions notables. — 2° L'oléo-stéarate de mercure, introduit dans le tissu cellulaire ou appliqué sur les plaies, ne produit aucune irritation. — 3° L'action primitive de l'oléo-stéarate de mercure est essentiellement vomitive et purgative. — 4° Les chiens de forte taille n'éprouvent qu'une action vomi-purgative à la suite de l'injection dans l'intestin grêle d'une dose de 3 grammes de ce sel, représentant 6 décigrammes d'oxyde de mercure. — 5° Une dose de 5 à 6 décigrammes représentant 10 à 12 centigrammes d'oxyde de mercure ne cause aucune irritation, aucun symptôme appré-

ciable, chez les chiens de très-petite taille. — 6° Une dose de 2 à 5 grammes chez les chiens de taille médiocre détermine, outre des effets vomitifs et purgatifs d'une extrême violence, des symptômes qu'on peut considérer comme ceux de l'intoxication mercurielle aiguë. — 7° L'injection des sels gras à base de mercure dans la jugulaire prouve que le mercure, indépendamment de toute irritation résultant de l'application locale, exerce avant tout une action éméto-cathartique très-énergique, accompagnée de l'hémorrhagie de toute la surface du gros intestin. — 8° La mort est précédée d'un affaiblissement ou d'un commencement de paralysie des membres postérieurs. — 9° L'élimination immédiate du mercure injecté dans les vaisseaux à l'état de sel gras se fait probablement par la salive et certainement par les liquides gastriques. — 10° Sous la forme de sel gras émulsionné, il est possible d'introduire dans le système vasculaire sanguin, sans produire immédiatement la mort, une quantité de mercure six à huit plus forte que sous la forme de sel soluble dans l'eau. — 11° Les sels gras à base de mercure, administrés chez l'homme à doses élevées pour déterminer rapidement le gonflement des gencives ou pour produire les effets spécifiques des mercuriaux, dans le traitement de la syphilis, ne provoquent que des phénomènes locaux à peine appréciables.

Rôle des corps gras dans l'absorption des oxydes métalliques, par M. Jeannel. (Archives générales de médecine, p. 355, septembre.)

1° Une dissolution d'un sel métallique étant décomposée par un carbonate ou un bicarbonate alcalin, en présence d'une huile grasse en excès, à la température ordinaire, une partie de l'oxyde passe en dissolution dans le corps gras. Cette réaction est favorisée par une température de + 40°.—2° Le bicarbonate de chaux des eaux potables décomposant les solutions métalliques très-étendues, l'huile qu'on agite dans le mélange s'empare de l'oxyde métallique. — 3° Les liquides animaux alcalins (le sérum du sang, le lait, l'albumine de l'œuf) étant mis en présence d'un sel métallique en dissolution étendue et de l'huile, le carbonate alcalin contenu dans ces liquides décompose le sel métallique, dont l'oxyde se dissout en notable proportion dans le corps gras. — 4° Si l'on suppose qu'une solution aqueuse d'un sel métallique, ayant échappé à l'absorption stomacale, est parvenue jusque dans l'intestin, il faut admettre que là elle est décomposée par les liquides intestinaux alcalins et mêlés de matière grasse, et que l'oxyde métallique entre en dissolution dans celle-ci. — 5° Les mêmes faits et les mêmes raisonnements conduisent à admettre qu'une dissolution aqueuse d'un sel métallique, arrivant dans le sang, subit d'abord une double décomposition dont la conséquence

finale est la formation d'un sel gras.—M. Jeannel signale, comme découlant de ses recherches, la formule thérapeutique suivante : Si, pour l'administration des médicaments dont ils cherchent l'effet constitutionnel ou dynamique, les praticiens doivent s'efforcer d'imiter les composés formés naturellement dans l'organisme, c'est la forme des sels gras qu'ils doivent préférer pour l'administration des agents métalliques.

Action physiologique et pathologique des gaz injectés dans les tissus des animaux vivants, par MM. Demarquay et Leconte. (Académie de médecine, 14 juin.)

Des faits contenus dans ce mémoire, les auteurs concluent : — 1° Que l'air, l'azote, l'oxygène, l'acide carbonique et l'hydrogène ne produisent aucun effet nuisible lorsqu'ils sont introduits dans le tissu cellulaire sous-cutané ou dans le péritoine. — 2° Que tous ces gaz sont résorbés, après un temps plus ou moins long, et avec une rapidité qui varie depuis quarante-cinq minutes (acide carbonique) jusqu'à plusieurs semaines (azote) ; la rapidité de résorption s'est toujours présentée dans l'ordre suivant : acide carbonique, oxygène, hydrogène, air et azote. — 3° Qu'un gaz quelconque, injecté dans le tissu cellulaire ou dans le péritoine, détermine constamment une exhalation des gaz que renferment le sang et les tissus. — 4° Qu'il se produit après l'injection des gaz des mélanges plus faciles à résorber que le gaz le moins résorbable qui y est contenu : la résorption de ce dernier ne commence que quand il est déjà mêlé en certaines proportions avec les autres gaz exhalés. — 5° Qu'en général l'exhalation des gaz du sang ou des tissus a été plus considérable dans les expériences faites pendant la digestion que dans les expériences faites à jeun, et plus encore dans le péritoine que dans le tissu cellulaire. — 6° La rapidité de l'absorption n'a pas semblé modifiée par l'état de jeûne ou de digestion. — 7° Que de tous les gaz injectés l'hydrogène est celui qui détermine l'exhalation la plus considérable des gaz du sang, à ce point que quand l'hydrogène a déjà disparu du mélange, l'animal conserve encore le volume qu'il présentait au moment de l'ingestion ; ce qui pourrait faire croire à la non-absorption de l'hydrogène, si l'analyse chimique ne venait éclairer le phénomène. — 8° La rapidité de la résorption des gaz par le sang n'est pas toujours en rapport avec leur solubilité dans l'eau. — 9° Que si, dans les injections d'air dans le tissu cellulaire et dans le péritoine, il y a constamment absorption d'oxygène et exhalation d'acide carbonique, ce qui, sous ce rapport, rapproche ce phénomène de la respiration pulmonaire, l'on ne saurait cependant considérer ces deux faits physiologiques comme identiques, car dans le cas des injections les

rapports entre l'acide carbonique exhalé et l'oxygène absorbé varient sans cesse.

Influence de l'air, de l'oxygène, de l'hydrogène et de l'acide carbonique sur la guérison des plaies sous-cutanées, par MM. Demarquay et Leconte. (Académie des sciences, 25 avril.)

Conclusions. — 1° L'air injecté dans le tissu cellulaire ou le péritoine d'un animal vivant perd rapidement, par absorption, une grande partie de son oxygène, qui est remplacé par un volume presque correspondant d'acide carbonique, et le mélange des gaz restants s'absorbe avec lenteur. — 2° L'oxygène, l'hydrogène, l'acide carbonique et l'azote, injectés dans les mêmes conditions, déterminent, en se résorbant, une exhalation des gaz contenus dans l'organisme, et les mélanges qui en résultent s'absorbent avec une rapidité plus ou moins grande, suivant la nature du gaz injecté, et dans l'ordre suivant : l'acide carbonique, l'hydrogène, l'oxygène, l'air atmosphérique et l'azote.

Quant au mémoire que nous avons l'honneur de présenter aujourd'hui à l'Académie, les expériences qu'il renferme peuvent se résumer dans les propositions suivantes : — 1° Les ténotomies sous-cutanées, pratiquées sur des lapins, et à l'abri du contact de l'air ou d'autres gaz, sont complétement et solidement réparées dans l'espace de dix-huit à vingt-deux jours. — 2° Les ténotomies sous-cutanées pratiquées dans les mêmes conditions, mais avec injections quotidiennes d'air, s'organisent sensiblement de la même manière et dans le même laps de temps ; ce qu'il faut sans doute attribuer à l'absorption rapide d'une grande partie de l'oxygène, ainsi que cela est démontré dans notre premier mémoire. — 3° L'oxygène mis en contact chaque jour avec des ténotomies sous-cutanées s'oppose à la réparation du tendon divisé pendant un temps qui peut excéder la durée de la guérison normale, mais il ne produit jamais la vascularisation anormale que détermine l'hydrogène. — 4° L'hydrogène injecté dans les ténotomies sous-cutanées en retarde tellement la guérison, qu'elle est encore incomplète sept mois et demi après l'opération, phénomène dû sans doute à l'inflammation particulière que détermine l'injection de ce gaz, qui produit toujours un développement très-considérable des vaisseaux et surtout des veines. — 5° L'action de l'acide carbonique, contrairement à celles de l'oxygène et de l'hydrogène, favorise au plus haut degré l'organisation des plaies sous-cutanées et en amène la guérison dans un laps de temps beaucoup plus court que dans les ténotomies faites en dehors de l'influence de l'air. — L'acide carbonique semble donc appelé, ainsi que Priestley l'avait annoncé le premier, à jouer un rôle important dans la thérapeutique des plaies.

Nous espérons démontrer bientôt expérimentalement la valeur thérapeutique réelle des gaz précédents sur les plaies exposées.

De la fécule végétale et animale sous le rapport de l'influence transformatrice qu'exerce sur elle la lumière solaire, par MM. Niepce de Saint-Victor et L. Corvisart. (Académie des sciences, 5 septembre.)

Suivant les expériences des auteurs, la fécule animale (matière glycogène) s'use et se transforme en sucre plus rapidement et plus abondamment sous l'influence de la lumière qu'à l'obscurité. — La fécule animale reste dans le foie sans devenir sucre pendant l'hiver, chez les grenouilles. La plus haute richesse du sucre de foie chez elles coïncide avec l'époque de la maturation des fruits. La matière glycogène peut être immobilisée dans le foie, comme l'amidon végétal dans les tubercules ou les graines; si les grenouilles sont entièrement soustraites à la lumière, il ne se produit point alors de sucre. On pourrait expliquer comment l'abondante présence de la matière glycogène dans le tissu cutané du fœtus disparaît de ce tissu, aussitôt après la naissance, par un brusque passage de l'obscurité à la lumière.

De l'action réelle ou positive de la chaleur, du froid et de l'humidité sur l'organisation, par M. Bertulus. (Montpellier, imprimerie Boehm, in-8, 31 pages.)

1° Les effets du calorique et de la lumière ne peuvent être considérés séparément, puisqu'ils émanent de la même source et agissent de concert. — 2° La dilatation des solides et l'expansion des fluides de l'organisme, qu'on leur attribue d'une manière exclusive, ne sont pas le résultat de leur action; ces phénomènes proviennent directement de la diminution de la densité atmosphérique, qui peut tenir à une autre cause qu'à l'élévation de la température, puisqu'on l'observe aussi dans des climats tempérés ou froids, et partout où il existe dans l'atmosphère beaucoup de vapeur d'eau. — 3° Contrairement aux idées reçues dans tous les ouvrages d'hygiène, le calorique et la lumière agissent en irritant et en desséchant la fibre; leur action se concentre spécialement sur la peau, dont ils exaltent d'abord les fonctions, et d'où ils suscitent dans l'économie des sympathies morbides. — 4° Une longue résistance à l'action du calorique et de la lumière amène à sa suite l'émaciation, l'éréthisme et l'anémie, ainsi qu'on le vérifie chez les créoles et les Européens acclimatés entre les tropiques. — 5° Les mêmes conditions de faiblesse, d'éréthisme et d'anémie se retrouvent, quoique moins prononcées peut-être, chez les nègres qui habitent les territoires

sablonneux de l'Afrique. Si cette race supporte mieux l'action de la chaleur, elle le doit sans doute à une organisation particulière de la peau. Le soin qu'a pris la nature, toujours prévoyante, de modifier cette enveloppe chez les nègres, achève de prouver que c'est spécialement sur elle que se porte l'action de cette cause atmosphérique. — 6° On a admis à tort que le froid est tonique et fortifiant; son action est, au contraire, essentiellement débilitante, sédative et asthénique ; rien n'est plus contraire à l'exercice des fonctions organiques et à la production des phénomènes vitaux. — 7° De même que la chaleur, le froid agit principalement sur la peau, qui devient le siége d'une sensation âpre et douloureuse, laquelle ne tarde pas à se communiquer sympathiquement aux centres nerveux ; tant que l'abaissement de la température reste dans de certaines limites, et que les sujets sont placés dans de bonnes conditions hygiéniques, l'économie résiste par la production d'une certaine quantité de chaleur animale suffisante pour le maintien de l'équilibre ; mais, dans les circonstances opposées, il y a d'abord engourdissement général et bientôt extinction progressive de la chaleur et de la vie. — 8° L'activité plus grande qu'on observe dans les diverses fonctions organiques, pendant le règne de températures souvent très-basses, ne dépend pas seulement de la réaction vitale dont il vient d'être question, mais encore de la densité plus grande de l'atmosphère, dans les climats froids. — 9° Le principal effet de l'humidité atmosphérique, celui qui lui est propre, est de gonfler, de relâcher les tissus organiques de manière à produire une sorte d'embonpoint factice, et les obstacles que cet agent apporte aux fonctions de l'exhalation sont la cause, sous toutes les latitudes, des plus graves maladies.

Du froid thermométrique et de ses relations avec le froid physiologique, dans les plaines et sur les montagnes, par M. Ch. Martins. (Montpellier, in-4.)

Le but de ce travail est de faire ressortir chacune des conditions qui enlèvent à l'économie animale une plus ou moins grande quantité de calorique et celles qui nous permettent au contraire de résister plus ou moins aux redoutables effets du froid. L'auteur étudie avec une grande précision le premier ordre d'influences dont les principales sont : le rayonnement, qui varie suivant que le ciel est serein ou couvert, l'obliquité plus ou moins grande des rayons solaires, la température et le degré de conductibilité des corps qui nous entourent, la température de l'air ambiant, son état de calme ou d'agitation. Dans toutes les expériences qu'il a instituées, M. Martins a toujours apporté la plus grande rigueur. — Jusqu'ici une condition importante avait

été négligée : l'influence directe de la pression atmosphérique sur la température de l'air, afin de déterminer la part que cette pression plus ou moins grande peut avoir dans l'état thermométrique de l'air. M. Martins fit des expériences à l'aide des appareils que M. Tabarié a établis à Montpellier et dans lesquels on peut produire une pression de plusieurs atmosphères. Un thermomètre étant placé dans l'intérieur de la chambre où l'on comprimait l'air indiqua une élévation de température, tant que le baromètre s'éleva. Puis on produisit une fuite d'air, et, la pression diminuant graduellement dans la chambre, le thermomètre s'abaissa simultanément. Pour une pression de 30 centimètres au-dessus d'une atmosphère, la température s'éleva à peu près de 3 degrés, elle s'abaissa d'environ autant lorsque la pression redescendit à son degré normal. — Lorsqu'il traite des moyens avec lesquels on combat l'influence du froid, M. Martins, après avoir parlé de l'effet du vêtement, de l'activité musculaire, etc., insiste sur l'influence de l'alimentation, et rappelle l'avantage de ces aliments riches en carbone que les peuples du Nord emploient de préférence. Enfin, il cherche à démontrer, en s'appuyant sur quelques exemples, que les peuples du Midi résistent mieux que ceux du Nord aux températures très-basses. L'auteur suppose que, sous l'influence des climats torrides, on acquiert une grande résistance au froid, et qu'on la perd en quelques années lorsqu'on habite sous une latitude plus élevée.

Des effets physiologiques et des applications thérapeutiques de l'air comprimé, par M. Pravaz fils. (Paris, J.-B. Baillière, in-8, 70 pages et 1 planche.)

Ce mémoire se compose de deux parties distinctes : l'une a pour objet l'étude des effets physiologiques de l'air comprimé, l'autre n'est pour ainsi dire qu'une énumération des maladies dans lesquelles cet agent a amené la guérison. Nous manquons d'éléments pour juger cette dernière partie du travail de M. Pravaz ; nous pensons toutefois que le lecteur s'étonnera, comme nous, de voir figurer dans cette liste, non-seulement les maladies les plus graves, mais les plus dissemblables par leur nature et par leurs causes : ramollissement cérébral, affections de la moelle épinière, contractures musculaires, strabisme, surdité nerveuse et catarrhale, tumeurs blanches. (L'auteur assimile l'action de l'air comprimé à celle qu'on obtient en chirurgie au moyen d'une compression localisée ; pour faire accepter cette explication, il faudrait renverser d'abord les doctrines établies sur ce point par les physiologistes.) — Enfin, l'emploi de l'air comprimé, favorisant la nutrition, serait un reconstituant énergique et combattrait, non-seulement les diathèses scrofuleuse et

tuberculeuse et le rachitisme, mais aussi les lésions organiques qui en sont la conséquence : mal de Pott, déformations du thorax, etc.—Dans la partie physiologique de son mémoire, M. Pravaz développe les idées émises par son père, relativement à l'action d'une pression atmosphérique faible ou forte. Il montre comment il y a antagonisme entre le malaise et les accidents occasionnés par la pression trop faible dans les lieux très-élevés, et le bien-être qu'on éprouve lorsque la pression devient au contraire plus forte; chacun des symptômes observés dans l'un des cas est remplacé dans la condition opposée par un symptôme tout à fait contraire. — La pression augmentée ralentit la respiration et le nombre des battements du cœur. On conçoit, en effet, comme le dit M. Pravaz, que l'air comprimé, contenant sous un même volume une plus grande quantité d'oxygène, soit conséquemment plus apte à l'hématose et nécessite un nombre moins considérable des mouvements respiratoires. Il est plus difficile de comprendre comment la pression atmosphérique augmentée favorise l'ampliation du poumon, et surtout nous ne saurions admettre avec l'auteur que l'air comprimé ralentisse la circulation artérielle en accélérant au contraire la circulation capillaire et veineuse. Comment, en effet, peut-il y avoir cette inégalité de vitesse dans les différents points du circuit sanguin? Un tel fait ne saurait s'expliquer sans la production d'un engouement considérable dans le point des voies circulatoires où la vitesse est diminuée. — Les autres conclusions sont relatives à l'influence de l'air comprimé sur la nutrition qui serait activée, comme le témoigne la plus grande exhalation d'acide carbonique, et l'augmentation de l'appétit. C'est sur ce dernier ordre de faits que s'appuie M. Pravaz, pour expliquer l'action éminemment reconstituante de l'air comprimé dans les cachexies et les diathèses dont nous avons parlé.

Action physiologique des changements de pression atmosphérique dans les montagnes sur l'homme, par M. H. Brehmer. (Balneologische Zeitung, t. VIII, nº 3, 1859.)

Il résulte des recherches de l'auteur, qu'à mesure que la pression atmosphérique diminue, la fréquence des pulsations, et consécutivement celle des inspirations, augmente ; que toute la nutrition de l'homme gagne en énergie, et que les organes digestifs ont une augmentation d'activité : plus la pression est forte, plus il arrive de sang dans les organes de la poitrine. La partie la plus importante des expériences de l'auteur sur lui-même consiste à indiquer pour trois mois environ le nombre de ses pulsations et de ses inspirations par minute, le matin, avec indication parallèle de la hauteur du baromètre. Elles sont d'accord

avec les observations que fit de Saussure pendant l'ascension du Mont-Blanc, mais en contradiction avec l'opinion de Virchow (1845), que la pression atmosphérique, qui fait monter de 5,67 lignes le baromètre, augmente d'environ 1,3 le nombre des pulsations de chaque minute.

Iode atmosphérique, par M. S. de Luca. (Académie des sciences, 25 juillet.)

Les nouvelles recherches de l'auteur s'accordent avec celles de l'an dernier : les réactifs les plus sensibles ont été impuissants dans ses mains, pour constater la présence de l'iode dans l'air et dans l'eau de pluie.

Nouveau dynamomètre médical, par M. Burq. (Académie de médecine, 23 août.)

Ce dynamomètre, formé avec les métaux les plus actifs de la métallo-thérapie, est destiné, suivant son inventeur, à servir : 1° à l'exploration facile de la force de pression et de traction dans tous les systèmes de muscles de la vie de relation ; — 2° à l'évaluation très-approximative, jusqu'à concurrence de 500 kilogrammes de charge, des forces parfois très-considérables dont le chirurgien peut être appelé à faire usage, comme dans la réduction de certaines luxations ; — 3° aux explorations métallo-thérapiques les plus usuelles ; à mettre ainsi sous la main du médecin un moyen commode de vérifier par lui-même et l'action extérieure des métaux sur l'organisme, et les précieuses indications thérapeutiques qu'on peut en tirer, aussi bien pour leur administration intérieure que pour leur application sous forme d'armatures. — Ce dynamomètre, vu d'ensemble, se compose d'une sorte de petite boîte ou étui rectangulaire de métal, ouvert pardevant, dont les deux parties, haut et bas, sont, à l'état de repos, maintenues un peu éloignées du point de fermeture complète par un double ressort d'acier, qui est disposé à l'intérieur de manière à être toujours parfaitement protégé avec tout le mécanisme, et à venir traduire fidèlement, sur un cadran placé au centre, tous les efforts qui peuvent être directement ou indirectement faits avec les mains ou avec les pieds pour fermer l'étui. — La forme et les dimensions de l'instrument répondent à sa destination plus spéciale, qui est surtout de s'appliquer, sous le plus petit volume et le plus commodément possible, à la pression de l'une et de l'autre main ; les deux parties formant l'étui sont faites, ainsi que le couvercle de fermeture, de façon à présenter, soit dans leur composition même, soit en revêtement, les agents de la métallo-thérapie qui servent aux explorations métalliques

les plus usuelles, ce qui lui a valu le nom de *dynamomètre médical*. — Lorsqu'on veut faire usage de l'instrument, évaluer, par exemple, la force de pression des mains, on le saisit à pleine main ; puis, réunissant toute la somme d'efforts dont on est capable, on presse énergiquement et d'un seul bond, en ayant soin d'éviter que les doigts, s'ils sont un peu longs, ne touchent aux aiguilles. — Pour mesurer la force de traction des mains, des pieds, ou même des reins, avec les tirants ou les leviers de renvoi, la manœuvre est des plus faciles, et se comprend du reste ; mais encore ici est-il nécessaire, pour arriver à la plus haute expression, que l'effort s'opère dans un temps très-court. — Quant à ce qui concerne les explorations métalliques, la manière d'y procéder est également des plus simples. Elle consiste à appliquer successivement le cuivre, le laiton, l'acier, etc., du dynamomètre sur un des membres supérieurs où l'on a constaté préalablement une diminution notable de la sensibilité ou de la myotilité, c'est-à-dire de l'analgésie, de l'anesthésie ou de l'amyosthénie, et à voir simplement quel est celui de ces métaux qui, après une application de quelques minutes à un quart d'heure au plus, ramène ces deux fonctions vers l'état normal.

De la physiologie de l'homme en particulier et de la physiologie universelle, par M. J. Tardy. (Académie des sciences, 5 décembre.)

Ethnologie, physiologie, anatomie et maladies des races du Soudan, par M. Alf. Percy. (Académie des sciences, 28 février.)

Etudes biologiques, par M. E. George. (Académie des sciences, 21 février.)

Analyse de l'entendement, par M. Voisin. (Académie de médecine, 22 août.)

Sur la fermentation panaire, par M. Coulier. (Journal de physiologie, p. 461.)

Conclusions. — 1° La fermentation panaire est produite par le ferment de la bière, ou un ferment très-analogue. Pendant qu'elle a lieu, de l'acide carbonique et de l'alcool vinique se dégagent. — 2° Le pain ordinaire contient, outre les débris ordinaires de la graine du blé, un nombre considérable de corps d'animaux qui se sont développés pendant la fermentation. Ces animaux ne se trouvent pas dans les pains préparés avec la levûre de bière pure.

Enquête sur le serpent de la Martinique (bothrops lancéolé), par M. Rufz. (Académie de médecine, 2 novembre.)

Ce volume contient l'histoire complète de ce dangereux rep-

tile, qui fait chaque année un grand nombre de victimes à la Martinique (près de cinquante sur une population de cent vingt-cinq mille âmes) et estropie en outre la plupart des sujets qui ne succombent pas à sa morsure. Pour détruire ce fléau, on a essayé d'acclimater à la Martinique divers animaux destructeurs des serpents, tels que l'ichneumon, certains hérissons et le *serpentaire* ou secrétaire du Cap, oiseau originaire d'Afrique, où il exerce de grands ravages parmi les serpents. Mais toutes ces tentatives ont échoué jusqu'à présent, et le nombre des bothrops est toujours le même.

Développement du trichina spiralis, par **M. R.** Virchow. (Académie des sciences, 7 novembre.)

« Depuis quelque temps, dit l'auteur, je me suis spécialement occupé de rechercher la présence du *trichina spiralis* dans les muscles de l'homme ; j'ai pu me convaincre que cet animal se rencontrait très-souvent à Berlin. Depuis huit mois, j'ai eu l'occasion d'en observer six ou sept cas. J'ai trouvé le *trichina spiralis* dans presque tous les muscles, même dans les muscles du larynx, de la langue, de l'œsophage et dans le diaphragme. Je ne l'ai trouvé qu'une seule fois dans le cœur, ce qui peut s'expliquer par les conditions chimiques spéciales dans lesquelles se trouve ce muscle. — Dans un cas fort intéressant, j'ai trouvé un nombre incroyable de *trichina* ; la plupart étaient encore en vie ; je pus voir très-nettement leurs mouvements intérieurs et extérieurs, quand je les eus retirés du kyste qui les entourait. — Les *trichina* avaient une grande ressemblance avec le trichocéphale, ce qui viendrait à l'appui des idées de Küchenmeister, qui prétend que le *trichina* ne diffère du trichocéphale que par le degré de développement. Les recherches de M. Davaine, sur le développement des œufs du trichocéphale hors du corps vivant, tendraient aussi à étayer cette manière de voir. Je n'ai cependant jamais rencontré dans les mâles les organes génitaux caractéristiques du trichocéphale, et peut-être le *trichina* eût-il pu devenir un autre entozoaire, un strongle intestinal, par exemple. Ce qui est démontré, c'est que le *trichina*, de même que le cysticerque ou l'échinocoque, peut continuer son développement dans l'intestin des carnivores. »

Nouveau genre de monstruosité double appartenant à la famille des polygnathiens, par M. Dareste. (Académie des sciences, 6 juin.)

M. C. Dareste adresse une note sur un nouveau genre de monstruosités doubles appartenant à la famille des polygnathiens, dont il a observé deux cas. — Le premier est un agneau de six

semaines, mort accidentellement, qui portait au côté droit du cou une bouche accessoire communiquant avec le pharynx. La peau présentait, dans la région droite du cou, une ouverture de prés de 3 centimètres. — La seconde pièce provient d'un agneau de huit mois. Il existe à la région parotidienne, au-dessous de l'appareil, un appendice de 3 centimètres de long, velu en dehors, et présentant en dedans une membrane muqueuse avec des papilles presque aussi développées que celles qui, dans le mouton, revêtent la membrane muqueuse des lèvres, mais qui n'existent que sur un des côtés de cette membrane muqueuse. — Ces deux monstruosités, bien que différant entre elles par un caractère important, la communication de la petite bouche avec l'œsophage dans la première, et l'absence d'une semblable communication dans la seconde, se ressemblent beaucoup et appartiennent à un type générique, qui ne rentre dans aucun de ceux établis jusqu'à présent. M. Dareste propose de désigner ce nouveau genre sous le nom de *plésiognathe*, et de lui donner place à côté du genre *myognathe*.

Dans une des séances suivantes, M. Joly (de Toulouse), à l'occasion de la note de M. C. Dareste, sur l'établissement du genre désigné sous le nom de *plésiognathe*, adresse une note sur le même sujet. Le but de cette nouvelle note est de démontrer que le nouveau genre tératologique, désigné par M. Dareste sous le nom de *plésiognathe*, n'est rien autre chose que celui qu'il a lui-même appelé *hypotognathe* (mâchoire sous l'oreille), soit dans ses cours publics, soit dans une communication faite à l'Institut le 3 janvier dernier.

Chevreau acéphalien du genre peracéphale, par M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire. (Académie des sciences, 6 juin.)

Le nouvel acéphalien appartient au genre peracéphale. Non-seulement il n'existe point de tête et de cou, mais le thorax et les membres supérieurs manquent également. — Ce chevreau peracéphale est né trijumeau. Un des jumeaux a vécu quelques semaines, l'autre vit encore. Les deux chevreaux viables étaient mâles aussi bien que le monstre. Celui-ci est né avant ses frères.

Description anatomique d'un monstre humain sycéphalien synote, par M. Fonssagrives. (Archives générales de médecine, juin, p. 677.)

Description d'un monstre composé de deux corps réunis au-dessus de l'ombilic, ayant une tête incomplétement double, présentant d'un côté une face, et de l'autre une ou deux oreilles.

Fœtus anencéphale, par M. Josias. (Gazette des hôpitaux, p. 576.)

L'accouchement n'a rien présenté d'anormal. — M. Mattei attribue ces monstruosités à une cause morbide qui, atteignant le fœtus au moment où ses principaux organes sont ébauchés, altère ou détruit l'un de ces organes; on peut croire ainsi qu'il n'a jamais existé. — M. Mallez ne voit dans ce fait qu'un arrêt de développement.

Rhinocéphale humain, par M. H. Laforgue. (Académie des sciences, 18 juillet.)

Ce monstre, dont l'auteur décrit avec détails les particularités anatomiques, est né, avant terme, de parents bien conformés ; il est du sexe féminin, et n'a donné aucun signe de vie.

Fœtus monstrueux, par M. Em. Coutagne. (Gazette médicale de Lyon, p. 94.)

Fœtus de sept mois; absence de la paroi antérieure de l'abdomen, arrêt de développement et par suite absence de l'anus, du vagin, du canal de l'urètre; existence d'une vessie à laquelle semble aboutir le gros intestin par un canal imperforé, et d'un utérus sans communication extérieure. — Enfin, arrêt de développement des os du bassin et d'une partie de la colonne vertébrale avec spina-bifida ; telles sont les anomalies nombreuses qui se trouvent réunies sur ce fœtus. — Le placenta était d'un volume énorme, et se rattachait à l'enfant par un cordon excessivement grêle et long à peine de 2 à 3 centimètres.

Monstre xyphodime, par M. Girard de Cailleuse. (Gazette médicale, p. 105.)

Ce monstre offre beaucoup d'analogie avec la célèbre Ritta Christina.

Exemple d'éventration, accompagné d'autres vices de conformation, observé sur un fœtus qui succomba pendant le travail, par M. Depaul. (Société de chirurgie, 17 août.)

Enfant mort pendant la dernière période de l'accouchement : la paroi abdominale manque presque complétement; le foie et le paquet intestinal forment une masse mobile au devant de la colonne vertébrale. Le crâne est membraneux dans sa partie supérieure : il contient de la sérosité. Bec-de-lièvre double avec division de la voûte palatine et du voile du palais. Déviation, à droite, de la partie inférieure de la colonne vertébrale. Le membre

thoracique droit n'a qu'un squelette très-incomplet. — Au lieu du pied-droit, ont rouve un petit moignon, formé par la réunion de deux ou trois orteils non séparés. Au-dessus de l'orifice anal, il y a un prolongement entièrement mou et cutané, qui a les dimensions et la forme d'une queue de souris.

Fœtus monstrueux du genre césolomien, présenté par M. Pruneau, rapport par M. Al. Moreau. (Bulletin de la Société anatomique, 1858, p. 473.)

Ce genre est caractérisé par le déplacement herniaire d'un grand nombre d'organes.

Monstruosité, par M. Duparcque. (Gazette hebdomadaire, p. 238.)

Tête très-volumineuse ; les mains étaient petites et attachées aux épaules ; dans l'épaisseur des moignons, on sentait les humérus.

Monstre cyclocéphale du sexe féminin ayant vécu neuf jours, par M. Drouet. (Académie des sciences, 23 mai.)

Ce mémoire, qui contient une description anatomique très-développée de l'enfant monstrueux, est accompagné de plusieurs dessins et de quelques images photographiques.

Cyclopie, par M. Sappey. (Société de biologie, avril.)

Enfant qui n'a vécu que quelques jours ; la cyclopie est complète ; le globe oculaire est unique et parfaitement conformé. — Les paupières ne participent pas à la fusion des orbites et des yeux : en haut, comme en bas, elles sont séparées sur la ligne médiane par un sinus correspondant au grand angle de l'œil et au sac lacrymal. La fusion complète des paupières ne paraît avoir été observée dans aucun cas.

Duplicité du cœur chez un poulet, par M. P.-L. Panum. (Académie des sciences, 9 mars.)

Ce poulet n'avait pas d'autres organes doubles. L'embryon présentait une forte incurvation en sens inverse de la courbure normale, ce qui tient à une perturbation dans la température de l'appareil à incubation. La bifurcation des arcs aortiques, tiraillés de plus en plus par la flexion anormale et forcée en arrière, a dû se prolonger peu à peu vers le cœur, qui a fini par être partagé en deux moitiés.

Veine mésentérique anormale, par M. Tillaux. (Société anatomique, p. 36.)

Anomalies vasculaires, par M. Schewegel. (Prager Vierteljahrschrift, 1859, t. II, p. 133, et Archives générales de médecine, septembre, p. 339.)

Cas dans lequel l'aorte, située à droite, fournissait de gauche à droite les deux carotides, la sous-clavière droite, et enfin la sous-clavière gauche, qui recevait le canal artériel. Pour gagner l'aisselle gauche, elle passait entre l'œsophage et la colonne vertébrale. — L'auteur parle de quelques autres anomalies des sous-clavières, de la mammaire interne, de l'obturatrice.

Ectopie des deux troncs veineux pulmonaires supérieur et moyen du côté droit, par M. Guillabert. (Montpellier Médical, septembre, p. 241.)

Ces troncs allaient s'insérer isolément dans la veine cave supérieure et la grande veine azygos ; le trou ovale était persistant; il est à supposer toutefois que le passage du sang n'avait pas lieu. Une assez grande quantité de sang artériel arrivait dans le cœur droit; il retournait de là dans les poumons. — Etat physiologique normal, malgré cette anomalie anatomique.

Inégalité congénitale des deux moitiés du corps, par M. Broca. (Journal de physiologie, p. 70.)

Garçon de onze ans, chez lequel il existe depuis la naissance une inégalité des deux moitiés du corps : le côté gauche est tellement plus développé que le droit, qu'on dirait que le corps de cet enfant est formé par la réunion de deux moitiés provenant de deux individus différents d'âge, de taille et de force. — L'examen de la tête offre des particularités curieuses : la moitié gauche du crâne est plus développée que la droite ; l'œil gauche est plus ouvert, etc. — L'oreille gauche entend à une plus grande distance que la droite; par contre, c'est l'œil droit qui voit plus loin et avec plus de netteté. (Entre-croisement des nerfs optiques au niveau du chiasma?) — Pas d'hérédité ; cause inconnue. — A cause du défaut de développement des membres droits en longueur, il y a une claudication gênante. M. Broca a conseillé une gymnastique particulière destinée surtout à faire fonctionner les membres du côté droit.

Puberté prématurée, par M. Smart. (British medical Journal, et Union médicale, t. I, p. 61.)

Il s'agit d'une enfant qui a été réglée à trois ans. L'enfant se

porte mieux et est devenue beaucoup plus forte qu'auparavant ; les époques reviennent avec une régularité parfaite. A cinq ans quatre mois, elle a tout l'extérieur d'une femme adulte de petite taille; son buste est large et développé; ses seins sont gros et proéminents, la glande mammaire est volumineuse, et les veines sous-cutanées de cette région sont dilatées. La charpente osseuse n'est pas très-développée chez cette enfant, c'est l'abondance du tissu adipeux qui la rend aussi grosse. Les poils de la région pubienne sont brun clair; ils ont plus d'un pouce de long; les parties génitales externes ont l'aspect de celles d'une adulte. L'intelligence est fort en retard. Enfin, rien n'indique que l'enfant, malgré cette précocité extraordinaire, ait des désirs sexuels.

Vices de conformation de l'oreille interne et moyenne chez les divers monstres, par M. Wallmann. (Virchow's Archiv, t. X, p. 6, et Gazette hebdomadaire, p. 508.)

L'auteur résume ainsi les résultats de ses recherches : — La nature de ces malformations n'a pas de rapport constant avec l'une ou l'autre espèce de monstruosités. — Elles peuvent exister des deux côtés ou en affecter un seul. — Elles varient quelquefois d'un côté à l'autre chez le même sujet.— Elles n'affectent souvent qu'une partie limitée de l'organe auditif. — Parmi les osselets de l'ouïe, c'est l'étrier qui est le plus souvent mal conformé. — Les malformations des conduits demi-circulaires coïncident le plus souvent avec celles du limaçon. — Ces malformations coïncident peut-être toujours avec certains vices de conformations du crâne. — Il reste à savoir si l'on peut les rencontrer chez des adultes et si elles exercent quelque influence sur l'audition.

Privation des doigts transmise pendant six générations, par M. Mackinder. (British medical Journal, et Gazette médicale, p. 90.)

Transposition complète des viscères, par M. Seco y Baldor. (El Siglo medico, nº 273.)

Tous les organes thoraciques et abdominaux, ainsi que les vaisseaux et les veines, étaient transposés de gauche à droite, ou de droite à gauche, absolument comme s'ils eussent été vus retournés dans un miroir. Les reins, les uretères, la vessie urinaire, les ovaires et l'utérus furent trouvés profondément altérés, mais naturellement, vu leur position médiane ou symétrique, paraissaient être chacun à sa place. Ce cadavre avait été remis par le cabinet anatomique de la faculté de médecine de

Madrid, pour faire des recherches anatomiques; c'est-à-dire qu'on ne s'était pas douté de cette transposition pendant la vie.

Inversion splanchnique complète, par M. Cornaz. (Echo médical suisse, p. 297.)

Fait ayant la plus grande analogie avec le précédent. Réflexions de l'auteur : synonymie; la meilleure description ne correspondrait pas à l'heureuse comparaison d'organes vus dans un miroir. Moins rare qu'on ne pense; citation de quelques cas.

Dans la Gazette des hôpitaux, p. 315, M. Jamain dit avoir rencontré un exemple de cette hétérotaxie.

Transposition des organes impairs, par M. Auzouy. (Union médicale, t. II, p. 236.)

Chez un aliéné, M. Auzouy a constaté une transposition semblable aux précédentes.

Inhalation du chloroforme par une seule narine, par M. Faure. (Société de chirurgie, 20 avril.)

L'auteur s'est proposé de rechercher s'il ne serait pas possible de déterminer chez l'homme, avec le chloroforme, des effets assez puissants pour soustraire le sujet aux douleurs d'une opération, sans amener cet état de torpeur qui inspire aux chirurgiens les plus vives inquiétudes. Chez les chiens, il suffit de faire respirer parties égales d'air pur et d'air chargé de vapeurs de chloroforme, pour qu'il y ait commencement d'anésthésie sans sommeil ; si on augmente la quantité de chloroforme, il y a sommeil et anésthésie ; enfin, il suffit de la diminuer pour qu'il n'y ait ni sommeil ni anésthésie. Peut-on aussi, chez l'homme, obtenir un état d'anésthésie sans sommeil, ou du moins avec un sommeil si léger qu'il se dissiperait aussitôt que cesserait l'inhalation? La disposition des orifices extérieurs des fosses nasales leur permet de livrer passage chacun à une égale quantité de fluide dans un moment donné, de sorte que si on fait arriver à une narine de l'air chargé de vapeur de chloroforme, et à l'autre de l'air pur, il est certain qu'il y aura dans le fond de la gorge, au point de rencontre des deux colonnes, un mélange par parties égales; on arrive à ce résultat par un moyen des plus simples. — Dans un flacon à deux tubulures, de la contenance de 100 grammes, on verse 4 à 5 grammes de chloroforme, l'une des tubulures reste libre et ouverte pour entretenir une communication facile entre l'atmosphère et l'air du flacon, tandis que l'autre est munie d'un tube de caoutchouc de 8 millimètres de diamètre, dont l'extré-

mité extérieure s'engage dans l'une des narines, dans l'étendue de 1 centimètre et horizontalement. L'autre narine reste libre, et si le sujet, volontairement ou non, ouvre la bouche, on la lui ferme avec la main, et on l'engage à respirer librement avec ampleur. — Quand il y a de l'agitation au début, il faut suspendre l'inhalation de temps à autre pendant plusieurs minutes, de manière à permettre aux malades de reprendre du calme, et au chloroforme de s'étendre uniformément dans les organes; souvent alors on verra le sujet pris d'anésthésie plusieurs minutes après que l'on aura cessé l'inhalation du chloroforme. L'air pur entretient dans l'appareil respiratoire une surface d'évaporation égale ou supérieure à celle qui est atteinte par le chloroforme; il s'ensuit que les effets de celui-ci sont annulés aussitôt qu'ils cessent d'être entretenus; la promptitude du retour à l'état normal, dès que le tube est retiré de la narine, est, en général, ici un phénomène très-remarquable. — Quatorze sujets ont été soumis au chloroforme de cette manière, tous ont présenté des phénomènes analogues; il n'y a eu aucun symptôme de souffrance. L'anésthésie s'est déclarée à la troisième ou quatrième minute; elle a cessé presque toujours au moment où cessait l'inhalation. Deux malades sont restées pendant l'opération comme si elles sommeillaient légèrement, leurs yeux étaient à demi ouverts.

M. Faure a fait connaître dans la Gazette des hôpitaux, p. 314, de nouvelles expériences, qui l'ont conduit aux conclusions suivantes : — 1° L'administration du chloroforme en inhalations peut être soumise à un certain nombre de règles fixes; on peut agir de manière à être entièrement maître des effets. — 2° Il est facile d'éviter aux sujets la sensation de brûlure, l'irritation de l'arrière-gorge, la toux, la suffocation, ces accidents, enfin, qui pour beaucoup d'individus rendent l'usage du chloroforme impossible. — 3° Les sujets peuvent être amenés à l'état d'anésthésie le plus prononcé sans pour cela être dans cette torpeur profonde qui est caractérisée par l'immobilité absolue du corps, l'abaissement du pouls et de la respiration, et, enfin, par la lividité des téguments, accident qui se présente si souvent dans l'application journalière du chloroforme. Parfois, le sommeil se prolonge après l'inhalation; mais le pouls est plein, la respiration libre et entière, et il n'y a aucun signe inquiétant de dépression. — 4° Une fois que l'on a obtenu un degré d'anésthésie suffisant, on l'entretient avec la plus grande facilité. — 5° Si dans quelques cas les effets ont manqué, cela n'est pas arrivé plus souvent qu'avec tout autre procédé. — 6° Plusieurs chirurgiens ont remarqué que les effets, en général, étaient plus prompts. — 7° Toujours l'anésthésie a été progressive; il n'y a pas de ces chutes subites qui doivent ne pas être sans danger. — 8° Jamais, quel que fût

le degré d'anésthésie, il n'y a eu un abaissement notable du pouls; et, dans tous les cas, on a constaté qu'il suffit de suspendre l'inhalation pendant quelques secondes pour voir le pouls reprendre son état normal.

Inhalation du chloroforme par une seule narine, par M. Béraud. (Académie de médecine, 22 novembre.)

Cette communication a pour objet de faire connaître le procédé employé par M. Faure; les résultats que M. Béraud a obtenus, dans un grand nombre de cas, ont été si favorables, que M. Béraud considère ce procédé comme préférable à tous ceux qui ont été indiqués jusqu'à ce jour.

Anésthésie chloroformique mitigée, par M. Bonnassies. (Gazette médicale de Lyon, p. 344.)

L'auteur ne parle que de l'emploi du chloroforme dans le but de calmer la douleur ; il l'emploie en très-petite quantité sur une compresse, qu'il tient à une certaine distance de la figure du patient. Il n'arrive jamais à la résolution complète ; les résultats ont été excellents contre des douleurs névralgiques, qui ont ainsi disparu pour ne plus revenir. M. Bonnassies croit qu'on n'aurait pas d'accidents, si le chloroforme n'était pas administré jusqu'à la résolution. L'anésthésie ainsi mitigée serait insuffisante pour la plupart des opérations.

Mort par le chloroforme, par M. Richet. (Société de chirurgie, 19 janvier.)

La mort est arrivée entre les mains de M. Richet, à la suite de la réduction d'une luxation de l'épaule, dans les circonstances suivantes : le malade était un homme fort, vigoureux ; rien dans ses antécédents ne contre-indiquait l'emploi du chloroforme ; il était horizontalement couché dans son lit, par conséquent dépouillé de ses vêtements : rien ne pouvait donc gêner la respiration. On verse du chloroforme sur une compresse de linge usé, par conséquent très-perméable à l'air, pliée en double et roulée en cornet. Il est en tout employé de 15 à 20 grammes du liquide anésthésique. — La chloroformisation suit sa marche régulière, *excitation*, puis *résolution ;* le pouls se maintient calme, ainsi que la respiration ; le visage ne s'altère point, rien ne peut permettre de présager un pareil malheur. La résolution obtenue, M. Richet procède à la réduction, ayant fait éloigner le chloroforme du malade. Tout à coup, cette réduction faite, le pouls se supprime des deux côtés, et l'on constate qu'il n'y a plus de

battements précordiaux ; mais la respiration continue. Plus tard, elle se supprime à son tour ; alors on attire la langue, et M. Richet fait pratiquer la respiration artificielle. On obtint trois inspirations; mais, vains efforts, le malade succomba sans que l'on ait pu réveiller les battements du cœur. — M. Richet se demande quelle peut être la cause de la mort ; est-elle due à une asphyxie ou à une syncope, à une sidération générale du système nerveux, à une paralysie du cœur et du tissu pulmonaire ? — Ici, le cœur, au contraire, cessa de battre et la respiration continua. D'ailleurs, à l'autopsie, on a bien trouvé du sang dans les poumons, mais cela se rencontre dans tous les cas de mort subite ; d'ailleurs ce sang n'existait qu'en arrière, dans les parties déclives, et les poumons étaient crépitants et surnageaient. Ce malade n'est donc pas mort d'asphyxie, dans l'acception que l'on donne à ce mot. — A-t-il succombé à une syncope ? Non : car la syncope commence toujours par une pâleur du visage ; ici, rien de semblable, le visage était resté coloré. Il y a soit plutôt ce que MM. J. Guérin et Robert ont appelé une sidération du système nerveux central, ayant déterminé un brusque arrêt de la circulation ; soit une paralysie locale du cœur et du poumon par une action directe du chloroforme sur le tissu de ces organes, comme dans les expériences de MM. Coze et Gosselin. Ce qui ferait pencher M. Richet pour cette dernière manière de voir, c'est que le tissu du cœur, comme celui du poumon, semblaient avoir perdu leur cohésion.

Mort par le chloroforme, par M. Marjolin. (Société de chirurgie, 9 février.)

M. Marjolin, le 5 février, chloroformisait, à l'hôpital Sainte-Eugénie, une petite fille de sept ans et demi, atteinte d'une coxalgie, qu'il voulait traiter par le redressement de l'articulation, suivant la méthode de Bonnet (de Lyon). Cette enfant, qui ne semblait présenter aucune contre-indication à l'emploi de l'anésthésie générale, est morte subitement après avoir absorbé en deux reprises 4 grammes seulement de chloroforme, comme on a pu s'en assurer en examinant le tube gradué dans lequel M. Marjolin verse le chloroforme qu'il administre. Les efforts persévérants faits pour rappeler l'enfant à la vie ont tous été inutiles. — La cause de cette mort est demeurée parfaitement inconnue. L'autopsie n'a rien appris de particulier. M. Marjolin soupçonne seulement sa petite opérée d'avoir été adonnée à l'onanisme, ce qui semblait indiqué par le facies et par une certaine disposition des organes génitaux. L'action funeste du chloroforme aurait donc pu être déterminée par une susceptibilité nerveuse maladive, causée par la masturbation. — Dans ce cas

particulier, comme dans le fait signalé par M. Richet, quelques inspirations eurent encore lieu après que l'oreille appliquée sur la poitrine avait cessé d'entendre les battements du cœur.

Du chloroforme, par M. Sédillot. (Moniteur des hôpitaux, p. 186.)

Lettre dans laquelle M. Sédillot proclame de nouveau cette proposition, que le chloroforme pur et bien employé ne tue jamais. Critique de l'observation récemment publiée par M. Marjolin, *qui n'eût pas perdu son opérée*, s'il avait pu continuer à la chloroformer lui-même, ou s'il avait eu près de lui une personne parfaitement versée dans les détails de cette opération. On voit par cette phrase que, dans ce cas, le chloroforme, d'après M. Sédillot, a tué parce qu'il était mal administré.

Discussion sur le chloroforme. (Société de chirurgie, 9 mars.)

M. *Hervez de Chégoin* propose d'examiner s'il n'y a pas lieu de suspendre l'usage du chloroforme, jusqu'à ce que de nouvelles études sur sa composition, son mode d'administration et sur les moyens de limiter son action, nous aient appris à nous en servir avec une innocuité constante, ou nous fassent un devoir, par l'incertitude d'obtenir cette sécurité, d'y renoncer définitivement.

M. *Verneuil* analyse un travail envoyé par un chirurgien américain, M. Hayward ; ce mémoire a pour but de montrer les avantages que l'éther a sur le chloroforme comme anésthésique : l'éther est également efficace, il est aussi facile à administrer et il est entièrement innocent ; il est à peu près exclusivement employé dans les hôpitaux des Etats-Unis.

M. *Robert* pense qu'il n'y a pas à discuter s'il faut renoncer à l'anésthésie ; quoi que décident les sociétés savantes, le public, qui a adopté les anésthésiques, en réclamera toujours l'emploi. Le chloroforme sera conservé, parce que l'éther est souvent insuffisant. L'éther, du reste, présente aussi ses dangers, puisque, ce qui est grave dans l'anésthésie, c'est la perte du sentiment et par suite de la faculté conservatrice.

M. Robert préfère se servir d'un mélange de chloroforme et d'éther, à parties égales en volume ; il pense qu'on doit toujours avoir recours aux appareils et surtout à celui de M. Charrière.

M. *Giraldès* dit que l'éther ne détrônera pas le chloroforme ; que l'amylène est utile dans les cas où il faut une anésthésie très-rapide et de courte durée. D'après des calculs approximatifs, il y a eu par le chloroforme 1 cas de mort sur 16,000.

M. *Legouest* n'est pas partisan du mélange d'éther et de chloroforme ; il l'a vu employer une fois : le malade est mort. Les

appareils que nous avons sont loin de permettre de doser convenablement le chloroforme.

M. *Gosselin* n'a pas voulu s'arrêter à la question de savoir s'il fallait renoncer aux anésthésiques. Il ne croit pas non plus qu'on puisse remplacer le chloroforme par un autre agent. On doit certainement encourager l'étude des anésthésiques locaux, mais leurs indications seront toujours assez restreintes. — Quant à l'éther, quant à l'amylène, s'ils peuvent être utiles, comme M. Giraldès l'a dit pour l'amylène, dans quelques circonstances exceptionnelles, l'anésthésie qu'ils déterminent n'est ni assez profonde, ni assez durable, et ils ne sont pas d'ailleurs plus exempts de danger que le chloroforme.—Le nombre de morts arrivées par le chloroforme ne lui paraît pas aussi effrayant qu'à M. Hervez de Chégoin.—Il a relevé tous les cas de mort qui ont été signalés en France depuis douze ans, et n'en a compté que dix-huit. Encore, sur ces dix-huit cas, il y en a huit qui appartiennent aux deux premières années pendant lesquelles on a commencé à se servir du chloroforme. Si, à côté de ce chiffre, on plaçait celui des malades que le chloroforme a préservés de la mort, on n'aurait plus pour cet agent que de la reconnaissance. — M. Gosselin est convaincu, en effet, qu'en supprimant la douleur, ou même la crainte de la douleur, le chloroforme sauve beaucoup d'opérés, et qu'il en sauve aussi par l'heureuse influence qu'il exerce sur les accidents consécutifs des opérations. Les infections purulentes et les fièvres traumatiques lui paraissent n'avoir plus ni la même forme ni la même gravité, depuis l'emploi de l'anésthésie. — M. Gosselin est de ceux qui croient que le dosage du chloroforme n'est pas réalisable. La quantité de chloroforme prise par le malade variera toujours avec la volatilité du liquide, avec la température de l'air extérieur, avec la force des inspirations et l'énergie de l'absorption pulmonaire.—Le grand principe, c'est de ne faire respirer la vapeur du chloroforme que suffisamment mélangée à l'air. L'appareil Charrière satisfait, il est vrai, à ce principe, mais il n'y satisfait pas mieux que les appareils les plus simples qu'on improvise avec une compresse et une éponge.—Une autre règle, qui paraît à M. Gosselin d'une importance capitale, c'est de mettre de fréquentes intermittences dans les inhalations, de suspendre la chloroformisation dès que le pouls faiblit ou que l'agitation se manifeste. C'est peut-être en faisant que le chloroforme ne se concentre nulle part, que ces intermittences sont utiles. — Si, malgré ces précautions, la respiration s'interrompait brusquement et qu'on eût à craindre pour la vie de l'opéré, ce que M. Gosselin préférerait, ce serait d'imprimer des mouvements respiratoires artificiels, et de percuter violemment la base du thorax, pour communiquer des secousses au cœur et ranimer ses contractions. — M. Gosselin a démontré l'efficacité de ces

moyens mécaniques par des expériences qu'il a faites chaque année, depuis huit ans, sur des chiens. Il met, par le fait de la chloroformisation, deux chiens de même âge et de même taille dans un état de mort apparente. Celui qu'il abandonne aux seules ressources de la nature passe inévitablement de l'état de mort apparente à la mort réelle. Celui, au contraire, sur lequel il fait la respiration artificielle et les percussions thoraciques revient bientôt à la vie.

M. *Larrey* exprime la crainte que le débat ne se prolonge sans qu'aucun document nouveau ne se produise; il est convaincu que tout le monde est d'accord sur la nécessité de ne pas renoncer au chloroforme, et il propose en conséquence qu'on prononce la clôture de cette discussion.

Mort par le chloroforme, par M. Binz. (Deutsche Klinik et Gazette médicale de Paris, p. 525.)

Jeune homme ayant une bonne santé habituelle, buvant beaucoup de bière.—Couché; chloroforme administré au moyen d'un mouchoir; 23 grammes ont été employés.— Délire gai; tout à coup le patient se redresse, roidit et fléchit les bras, prononce quelques mots et tombe dans un profond collapsus; la figure pâlit, le malade fait trois inspirations stertoreuses et meurt. Cette scène avait duré dix à douze secondes. A l'autopsie, injection des vaisseaux de l'encéphale.

Plusieurs autres cas de mort ont été cités par les journaux étrangers; on trouvera l'indication de trois morts par le chloroforme dans le Journal du progrès, p. 179. On les trouve aussi dans d'autres journaux aux Nouvelles diverses, c'est-à-dire avec peu de détails.

Trachéotomie pratiquée avec succès dans un cas d'asphyxie chloroformique, par M. Langenbeck. (Deutsche Klinik, n° 4, et Gazette hebdomadaire, p. 157.)

Homme de cinquante-six ans, maigre; couché sur une table, il est soumis avec précaution aux inhalations de chloroforme, pour l'extirpation d'une tumeur volumineuse de la partie latérale gauche du cou. — 8 grammes de chloroforme étaient à peine employés, que le malade s'agita; la respiration était gênée et le pouls normal; la respiration s'arrêta complétement; une sonde fut portée dans le larynx, et des insufflations pratiquées; cette manœuvre n'amenait aucun résultat; le pouls baissait; M. Langenbeck ouvrit alors la trachée. On fit alors la respiration artificielle, en alternant les insufflations avec le refoulement du diaphragme : pendant une heure et demie, le pouls et la respiration ne revenaient qu'incomplétement, avec des intermit-

tences. Enfin le malade eut un accès de toux, rejeta du sang et des mucosités et la respiration s'établit convenablement. Mais tout n'était pas fini : le malade eut des convulsions, du coma, puis du délire ; il ne revint à lui que le lendemain, après avoir pris de l'ammoniaque.

Emploi de l'électricité dans la mort imminente amenée par les inhalations de chloroforme, par M. Abeille. (Moniteur des hôpitaux, p. 527.)

On connaît les idées de M. Abeille, qui, depuis longtemps, regarde l'électricité comme le meilleur moyen à opposer aux accidents produits par le chloroforme.

Sur la suspension de la respiration considérée comme cause des accidents qui ont été observés pendant l'inhalation chloroformique ; causes qui la produisent et moyen d'y remédier, par M. Després. (Académie des sciences, 16 mai.)

L'action du chloroforme peut se diviser en périodes : 1° de répulsion ; 2° d'excitation ou convulsion ; 3° de résolution. — La suspension de la respiration est un phénomène qui peut se manifester dans chacune de ces périodes. Quand elle se manifeste, elle reconnaît pour causes : dans la première, l'occlusion volontaire de la glotte, que le malade ferme instinctivement pour échapper à la sensation désagréable que font éprouver les vapeurs chloroformiques dès les premières inhalations ; dans la seconde, l'occlusion convulsive et involontaire de la glotte, déterminée par la contraction musculaire qui caractérise cette période, contraction qui s'étend du système musculaire général aux muscles de la glotte ; dans la troisième, enfin, l'occlusion mécanique et involontaire de l'ouverture supérieure du larynx, qui est fermée par le refoulement en haut et en arrière de la langue, quand on administre le chloroforme le malade étant assis, ou par le prolapsus de la base de la langue sur cette ouverture, quand on l'administre le malade étant couché sur le dos. — Je remédie à la suspension de la respiration au moyen d'un procédé qui consiste à introduire le doigt indicateur dans l'arrière-gorge jusqu'à la base de l'épiglotte, à le recourber en forme de crochet pour soulever la base de la langue, et à l'attirer en haut et en avant dans la direction d'une ligne qui partirait de la base de l'épiglotte pour aboutir à la partie supérieure de la symphyse du menton.

Anésthésie, par M. Robert. (Moniteur des hôpitaux, p. 310, et in-8, 79 pages, imprimerie Dubuisson.)

Dans des leçons faites à l'Hôtel-Dieu, M. Robert a exposé les

régles à suivre pour administrer le chloroforme. On y trouvera de bons préceptes et les idées particulières sur lesquelles M. Robert a insisté plus d'une fois devant les sociétés savantes : nous voulons parler de l'emploi des appareils pour doser le chloroforme.

Avantages comparés des divers anésthésiques. (Société de médecine de Lyon, 4 avril; Gazette médicale de Lyon, p. 266.)

La Société de médecine de Lyon a discuté cette question; les conclusions suivantes, formulées par M. Barrier, représentent l'opinion de la chirurgie lyonnaise : — L'éther, employé pour produire l'anésthésie chirurgicale, est moins dangereux que le chloroforme. — L'anésthésie s'obtient aussi constamment et aussi complétement par l'éther que par le chloroforme. — Si l'éther offre des inconvénients que le chloroforme ne présente pas au même degré, ces inconvénients ont peu d'importance et ne compensent pas le danger inhérent à l'emploi de ce dernier. — En conséquence, l'éther doit être préféré au chloroforme.

Mémoire sur l'éther et le chloroforme considérés comme agents anésthésiques, leurs caractères communs et leurs caractères différentiels, par M. Ferrand. (Gazette médicale de Lyon, p. 378, et Lyon, imprimerie Vingtrinier, in-8, 56 pages.)

Ce travail intéressant est fait dans les idées de l'école de Lyon; on connaîtra l'opinion de l'auteur par ces lignes : « Il ressort, de l'analyse de cette question, qu'il existe trop de caractères communs entre les deux principaux agents pour que l'on puisse soutenir toujours le principe de l'exclusion absolue de l'un d'eux, et pour que l'on doive désespérer de rallier le plus grand nombre des esprits par le langage de la conciliation. Or, en terminant, je n'hésite pas à tenir ce dernier langage, à l'aide duquel je puis dire à ceux qui, considérant le chloroforme comme trop énergique et l'éther comme trop faible, ont désiré la découverte d'un corps doué d'une activité intermédiaire : Ce corps existe, il est tout trouvé : c'est l'éther lui-même, mais l'éther concentré, agréable et pur, administré aussitôt après une première dose d'épreuve, à l'état de vapeurs tièdes et abondantes, contrairement aux pratiques défectueuses des premiers temps, et sans que l'opérateur puisse se départir d'une louable vigilance. »

Action du chloroforme, par M. A. Leflaive. (Moniteur des sciences, p. 115.)

1° Le chloroforme, absorbé en suffisante quantité, produit

l'anésthésie, quelle que soit la voie fournie à l'absorption. — 2° La rapidité et l'intensité des symptômes d'anésthésie (pour une même quantité de chloroforme) sont en rapport avec la rapidité de l'absorption. — 3° La rapidité de l'absorption peut être révélée par la quantité de chloroforme exhalé par le poumon à un moment donné. — 4° Outre les phénomènes anésthésiques proprement dits, on voit survenir ordinairement à leur suite une nouvelle série de phénomènes indiquant tous un affaiblissement de l'action nerveuse, et dus au chloroforme qui, n'ayant pas été exhalé pendant la période anésthésique, imprègne toute l'économie. Cette seconde période peut se terminer par la mort. — Quant aux accidents produits par le chloroforme, M. Leflaive les divise ainsi :

1° *Sidération.* — Accidents produits par l'anésthésie portée brusquement à ses dernières limites. — Elle est produite par l'action directe du chloroforme sur le cerveau, à travers les fosses nasales, chez un individu déjà prédisposé par une inhalation antérieure. — Moyen de la prévenir : placer sur le nez du sujet une pince empêchant le chloroforme d'entrer librement dans les fosses nasales. — Moyen d'y remédier : porter à plusieurs reprises le doigt au pharynx.

2° *Asphyxie toxique.* — Accidents produits par l'anésthésie portée graduellement à ses dernières limites. — Aucun moyen sûr de les prévenir, si on pousse l'anésthésie jusqu'à la résolution complète. — Moyen d'y remédier : le même que plus haut.

3° *Accidents consécutifs.* — Ils sont produits par une certaine quantité de chloroforme dont l'économie s'imprégne et qui n'est rejetée que peu à peu. — Moyen de les prévenir : suspendre de temps en temps les inhalations. — Moyen d'y remédier : faire respirer de l'oxygène dès qu'on s'aperçoit que le sujet reste dans un état de prostration.

La question du chloroforme, par M. Duroy. (Union médicale, p. 332.)

L'auteur recommande l'emploi d'appareils à fonctionnement forcé, permettant d'obtenir un mélange sensiblement constant et connu d'air et de chloroforme.

Poumons de chiens asphyxiés, l'un par strangulation, l'autre par inhalation de chloroforme, par M. Faure. (Bulletin de la Société anatomique, 1858, p. 381.)

Ces poumons sont très-différents l'un de l'autre. Les poumons du chien qui a succombé au chloroforme sont très-denses, très-résistants ; la muqueuse est d'un rouge intense, qui ne s'en va

pas par le lavage. M. Faure pense que le chloroforme agit sur le sang qui circule dans les capillaires du poumon en le coagulant, ou tout au moins en le rendant plus épais, moins fluide ; il se forme ainsi à la circulation un obstacle qui peut devenir assez considérable pour déterminer consécutivement l'asphyxie d'une manière toute mécanique. En somme, si les inhalations de chloroforme amènent l'anésthésie, c'est en produisant un certain degré d'asphyxie, et il n'y a dans le chloroforme rien de spécial, car on trouve la même insensibilité à la douleur chez tous les individus asphyxiés par quelque cause que ce soit.

De l'abus des anésthésiques, par M. Dunglas. (Journal du progrès, p. 180.)

L'auteur restreint beaucoup le nombre des opérations pour lesquelles on devrait endormir les malades.

De la mortalité à la suite des opérations avec chloroformisation, par M. J. Rouyer. (Journal du progrès, p. 185.)

Cet article contient l'indication des résultats obtenus par Fenwick et Arnott, tels qu'on les trouve dans l'*Annuaire*, t. II, p. 100. Les statistiques des chirurgiens anglais montrent que la mortalité est plus grande chez les opérés pour lesquels on a employé les anésthésiques. M. Rouyer fait remarquer qu'on ne doit pas avoir une confiance absolue dans ces relevés.

Effets du chloroforme sur un monstre hémiacéphale, par M. Lévy. (Archives générales de médecine, septembre, p. 354.)

Cette observation est curieuse en ce qu'elle nous montre que l'anésthésie chloroformique peut se produire en l'absence du cerveau.

Ethérisation par le chibouk, par M. Delabarre. (Gazette des hôpitaux, p. 211.)

M. Delabarre fait fumer les anésthésiques dans un chibouk, au lieu de les administrer par les méthodes connues ; il reconnaît à ce mode d'emploi plusieurs avantages et il le recommande comme le moyen le plus certain d'éviter les accidents.

De l'anésthésie artificielle au point de vue pratique et général, par M. Mahieu. (Thèses de Strasbourg.)

Résumé des derniers travaux faits sur le chloroforme, l'éther,

l'amylène, l'oxyde de carbone, l'acide carbonique et l'électricité.

Nouvel agent anésthésique local, par M. Cluisse. (Gazette des hôpitaux, p. 7.)

Voici en quoi consiste cet agent : dans un petit flacon, on introduit le tiers de sa capacité de camphre pulvérisé, et on remplit d'éther sulfurique. — C'est avec cette solution qu'on frictionne légèrement, à l'aide d'une petite éponge fixée à une tige en baleine, pendant une minute environ, soit la gencive, soit l'endroit où le bistouri doit agir; au bout d'une ou deux minutes, l'anésthésie est grandement diminuée, sinon abolie : il faut donc se hâter d'opérer.

Expériences sur l'anésthésie locale par le narcotisme voltaïque, par M. Richardson. (Medical Times, 25 juin; Gazette hebdomadaire, p. 619.)

L'anésthésie est produite par les deux pôles d'une pile appliqués sur une certaine surface de la peau recouverte d'un mélange de chloroforme et de teinture d'aconit. — M. Brown-Séquard a fait connaître les résultats obtenus par M. Richardson dans le Progrès, p. 185.

Anésthésie électro-chimique. (The Lancet, février; Union médicale, t. III, p. 333.)

Bons résultats obtenus par plusieurs chirurgiens qui ont opéré d'après la méthode de M. Richardson. Il faut un temps très-long pour produire l'anésthésie.

Action anésthésique d'un mélange de chloroforme et de teinture d'aconit, par M. A. Waller. (Medical Times, 19 mars, et Gazette hebdomadaire, p. 254.)

M. Richardson avait annoncé qu'en interposant une certaine surface du tégument recouverte d'un mélange de chloroforme et de teinture d'aconit entre les deux pôles d'une pile, on obtenait l'insensibilité de la peau et des couches subjacentes. — M. Waller (de Birmingham), en répétant ces expériences, s'est convaincu que le courant de la pile était sans action sur la production du phénomène, et que le mélange indiqué, employé seul, suffisait pour provoquer l'anésthésie. Suivant cet expérimentateur, cette anésthésie ne serait pas sans danger; localement, le mélange peut produire une vive irritation, même la gangrène, comme cela est arrivé sur les oreilles de deux lapins; il peut produire

également une action toxique générale par l'absorption de l'aconit.

M. H. Guéneau de Mussy a essayé de combattre l'élément douleur, dans les névralgies, par l'action anésthésique de ce mélange, et le succès a couronné sa tentative. Il l'a employé surtout dans les cas de névralgie faciale. — M. Guéneau emploie soit le simple mélange de M. Richardson, soit, quand la névralgie est idiopathique, un liquide composé de 2 parties d'alcool ou d'eau de Cologne, de 1 partie de chloroforme, et de 1 partie de teinture d'aconit. — Il recouvre l'index avec un morceau de linge mou et épais, le plonge dans le mélange, et frotte doucement les gencives pendant quelques minutes. Par ce procédé, il obtient quelquefois une guérison complète et permanente, et toujours un soulagement considérable et presque immédiat. — Quand la douleur est due à quelque maladie organique, telle qu'affection des dents, inflammation chronique des gencives ou des alvéoles, ou nécrose superficielle de l'os, il remplace, dans la formule, l'esprit-de-vin par la teinture d'iode.—Il a obtenu ainsi de bons résultats, non-seulement dans la névralgie de la branche sous-orbitaire, mais encore dans quelques cas de névralgie sus-orbitaire très-intense.

Extraction des dents sans douleur, au moyen de l'électricité galvanique, par M. F. Thioly. (L'art dentaire, p. 73.)

Voici les détails de l'opération. On se sert d'une machine électro-magnétique ordinaire, dont l'un des pôles, préférablement le pôle négatif, est attaché à la clef de Garangeot, ou à la pince avec laquelle on saisit la dent à opérer. Il faut faire prendre par le patient la poignée attachée à l'autre pôle, et tirer la dent *immédiatement après ;* de cette façon on obtient un courant électrique continu qui traverse le corps du patient et l'instrument. On doit préalablement graduer le courant, en faisant tenir d'une main l'instrument, et de l'autre la poignée métallique, afin de mettre la personne en contact avec la machine, jusqu'à ce qu'elle éprouve une perception bien distincte du courant ; ce degré est suffisant pour obtenir l'insensibilité nécessaire à l'opération.

Anésthésie électrique et électro-chimique, par M. J. Althaus. (Wiener Medizin Wochenscrift et Union médicale, t. IV, p. 77.)

L'auteur passe en revue les applications de l'électricité à l'anésthésie; il conclut en faveur du chloroforme, qui est encore le véritable agent anésthésique.

De l'hypnotisme, par M. Azam. (Gazette des hôpitaux, p. 577.)

Voici les renseignements donnés par M. Azam sur l'hypnotisme :

« Les femmes, surtout celles qui sont jeunes et impressionnables, sont les sujets les plus accessibles à cette pratique ; cependant l'âge n'est point une contre-indication, car, dans la journée d'avant-hier, une dame âgée de soixante-trois ans a été hypnotisée avec la plus grande facilité. Le sommeil a duré plus d'une heure. Les enfants, à partir de l'âge où ils peuvent fixer leur attention d'une manière convenable, y sont également très-accessibles.—J'ai réussi moins facilement chez les hommes, surtout chez les adultes vigoureux ; ceux, au contraire, dont le tempérament est nerveux et dont la nature est un peu féminine, un grand nombre d'hommes du monde par exemple, subissent aisément cette influence. — L'expérience démontrera, du reste, quelles sont les natures d'homme véritablement réfractaires et les modifications de procédé opératoire qui réussiront de la manière la plus infaillible. — Voici maintenant, et comme corollaire des données succinctes qui ont déjà été publiées, les moyens qui m'ont le mieux réussi. Le malade doit être placé sur une chaise basse ou un fauteuil, la tête renversée sur le dossier (la position assise me semble préférable à la position couchée). On doit éviter le bruit et éloigner de son esprit une préoccupation trop active. Il n'est pas douteux que l'attention d'un entourage nombreux et la crainte exagérée d'une opération douloureuse ne soient de mauvaises conditions pour la réussite. Cela fait, le corps étant placé dans une position commode et les membres dans la résolution, je place devant les yeux un objet brillant quelconque, comme cela a été déjà dit et dans les conditions indiquées, de façon à produire un strabisme convergent tel, que les axes des deux yeux rasent pour ainsi dire l'arcade sourcilière, et qu'on voie tout juste l'objet. La convergence constante du regard est une condition indispensable. Après un temps qui varie d'une minute et demie à cinq ou quatre minutes, quelquefois moins ou plus, les pupilles, qui ont commencé par être contractées, se dilatent et se resserrent, comme par un mouvement oscillatoire ; le visage perd toute expression, les paupières clignotent, la respiration s'accélère et le sujet fait comme des mouvements de déglutition involontaires. La face devient, en général, plus rouge : jamais je ne l'ai vue pâlir. J'ai remarqué à ce moment le gonflement des jugulaires. En même temps, le pouls s'est singulièrement abaissé, sans cependant présenter en rien les caractères du pouls syncopal. Beaucoup de malades, à ce moment, ferment les yeux à la suite de plusieurs clignotements rapides ; d'autres les gardent ouverts; alors on les ferme doucement. Si, en même temps, de la main

qui tient le pouls, on pince légèrement la peau, on reconnaît que la période anésthésique commence. Si surtout les malades font entendre un léger ronflement, on peut avoir la certitude qu'elle est complète. Alors on peut opérer à ce moment; et dans la plupart des cas, si on élève les bras ou les jambes, ils gardent la position donnée. La catalepsie existe. — Cette période de torpeur ou d'anésthésie est celle, on le comprend, qui m'a le plus préoccupé. — A partir du moment où les yeux sont fermés, elle dure de quatre à quinze ou seize minutes. Il n'y a pas de règle fixe : elle peut durer plus ou moins longtemps; elle peut même être très-fugace. Je suis convaincu que cette période de torpeur n'est que la transition de l'état de veille à l'état de somnambulisme provoqué complet (*wasking state*), et qu'elle est plus ou moins longue, suivant que la contraction des muscles, c'est-à-dire le strabisme, a été plus intense. — Si on adresse la parole au malade, il ne répond pas dans les premiers instants. Si on insiste et que le malade, par quelque tressaillement du visage, fasse comprendre qu'il entend, quelques frictions sur le larynx rendront la liberté à ses muscles qui sont en catalepsie, et la parole lui est rendue, mais il ne parlera pas spontanément. Si cependant on tient à prolonger la période anésthésique, il est mieux de ne pas lui parler, car on courrait le risque d'activer l'arrivée de la période suivante, celle d'hypéresthésie, qui serait gênante pour une opération. — S'il en était ainsi, et si le malade montrait de l'hypéresthésie, il serait facile de l'éveiller rapidement, comme on me l'a vu faire dans le service de M. Robert, chez une femme qui, à la suite d'une longue période d'anésthésie, pendant laquelle toute opération eût été possible, a poussé des cris exagérés pour un léger pincement; immédiatement éveillée, elle n'en a gardé aucun souvenir. — Je dois aussi faire remarquer que, tant que les membres sont dans la résolution, le pouls reste calme, plus calme même qu'à l'état normal. Mais si l'on maintient les membres longtemps en catalepsie, il s'accélère d'une façon singulière, ainsi que la respiration. Aussi n'est-il pas prudent d'employer ces manœuvres diverses pour provoquer la catalepsie chez les personnes atteintes de maladies du cœur. — J'ai aussi vu que l'hypnotisme amenait l'attaque chez les épileptiques ou les hystériques à convulsions. Ce sont là les seuls dangers que mon expérience de dix-huit mois ait jamais rencontrés. — Ce sommeil cesserait comme un sommeil ordinaire, après un temps plus ou moins long. Mais je ne vois pas la nécessité de prolonger un état artificiel inutile et de fatiguer ainsi le système nerveux. Du reste, le moyen d'éveiller les malades est des plus simples : il suffit de souffler vivement sur les yeux, soit avec les lèvres, soit avec un soufflet, ou de frictionner doucement les paupières avec les doigts. »

Nouvelle méthode anésthésique (hypnotisme), par M. Velpeau.
(Académie des sciences, 5 décembre.)

C'est la première communication des expériences de M. Broca ; on la retrouvera tout entière ci-dessous.

Anésthésie chirurgicale provoquée par l'hypnotisme, par M. Broca.
(Société de chirurgie, 7 décembre.)

M. Broca passe en revue les travaux publiés sur ce sujet, ceux de Braid en 1843, de Carpenter (article *Sleep* de l'Encyclopédie de Todd), la mention du Dictionnaire de Nysten, édition de MM. Littré et Robin. Il faut y ajouter la Physiologie de Müller et celle de MM. Béraud et Robin. — C'est M. Azam qui a indiqué à M. Broca les phénomènes que l'on observe chez les individus hypnotisés. — M. Broca a fait plusieurs expériences qui ont amené chez les patients une anésthésie assez complète pour qu'on ait pu ouvrir sans douleur, chez une femme, un énorme abcès de la marge de l'anus. — M. Broca rapproche ces faits de ceux déjà connus, ayant pour effet de produire le sommeil cataleptique chez certains animaux. — Il rappelle que M. Esdaile, par un procédé analogue, a obtenu en Amérique de nombreuses anésthésies, permettant de faire des opérations. Pour le *modus faciendi*, ce que dit M. Broca se résume par la communication de M. Azam.

MM. *Follin* et *Verneuil* ont aussi fait des expériences dont le résultat général est favorable à la nouvelle méthode.

M. *Cloquet* donne la relation de l'opération qu'il fit autrefois sur une dame magnétisée : il put enlever un sein cancéreux, sans que la malade éprouvât la moindre douleur.

MM. *Verneuil*, *Richet* et *Velpeau* ont fait des expériences qui n'ont pas toutes réussi.

L'hypnotisme, par M. Préterre. (L'Art dentaire, p. 355.)

M. Préterre a fait plusieurs expériences, dans lesquelles il a obtenu l'anésthésie hypnotique. Il a pu arracher sans douleur un assez grand nombre de dents.

L'hypnotisme dans un cas d'amputation de cuisse, par M. Guérineau.
(Gazette des hôpitaux, p. 687.)

Observation d'opération sans douleur chez un malade hypnotisé.

MÉDECINE. — DIGESTION.

De la stomatite ulcéreuse des soldats et de son identité avec la stomatite des enfants, dite couenneuse, diphthéritique, ulcéro-membraneuse, par M. Bergeron. (Paris, Labé, in-8, 256 pages.)

Ce travail important sera suffisamment connu par le résumé du rapport que M. Roger a fait à la Société médicale des hôpitaux (séance du 23 mars).

M. Bergeron commence par rechercher si la stomatite ulcéreuse, endémique dans l'armée française, où elle sévit souvent sous forme d'épidémie, règne également dans notre flotte, ainsi que dans les armées étrangères ; et, de documents qui semblent authentiques, il tire cette conclusion inattendue : 1° que dans la flotte cette affection est à peu près inconnue; 2° qu'elle n'a jamais été observée ni à l'état endémique, ni à l'état épidémique, dans les armées anglaise, autrichienne, danoise, égyptienne, espagnole, hollandaise, napolitaine, prussienne, sarde, saxonne, suédoise, tunisienne et wurtembergeoise; 3° qu'elle est, au contraire, presque aussi fréquente dans l'armée portugaise que dans la nôtre ; et qu'enfin les soldats belges n'en sont point exempts. — Il donne ensuite un aperçu général de l'épidémie de stomatite ulcéreuse qu'il a observée à l'hôpital du Roule en 1855. Cette épidémie commença au mois de juin, atteignit son maximum d'intensité en septembre, pour s'éteindre peu à peu dans le courant de novembre.— Cette monographie (qui est le résumé de 95 observations) comprend sept chapitres ; dans le premier la stomatite ulcéreuse est définie : « Une maladie spécifique, contagieuse, et caractérisée anatomiquement par des ulcérations de forme et d'étendue variables, qui peuvent se développer sur tous les points de la muqueuse buccale, mais qui ont pour siége de prédilection les gencives et la face interne des joues, et qu'accompagnent toujours une salivation abondante, une fétidité extrême de l'haleine et un engorgement plus ou moins prononcé des ganglions sous-maxillaires. » — On voit que par ses caractères cette maladie ne diffère point de celle qu'on observe dans l'enfance. — Deux faits dominent et résument en quelque sorte l'*étiologie* de la stomatite ulcéreuse des soldats : ce sont l'encombrement comme cause productrice, et la contagion comme cause de propagation. — La stomatite ulcéreuse est une maladie infectieuse, elle est aussi transmissible par contact immédiat, comme le démontre le résultat d'une inoculation pratiquée par M. Bergeron sur lui-même.

Quelles sont les *conditions météorologiques* qui favorisent la

production et la propagation de la stomatite ulcéreuse? C'est entre le mois d'avril et le mois de décembre que la maladie se montre le plus fréquente ; presque toujours les cas se multiplient dès qu'apparaissent les premières chaleurs, et se maintiennent dans le *statu quo* pendant l'été ; puis, de nouveau, ils augmentent de fréquence au commencement de l'automne, pour diminuer rapidement vers la fin de novembre. — Si l'influence de la chaleur sur la production du miasme morbide n'est pas positive, puisque la stomatite existe toujours endémiquement parmi nos soldats, on ne saurait nier l'action de la température élevée sur la propagation du miasme et sur le passage de la maladie à l'état épidémique. — Quant aux causes prédisposantes, M. Bergeron signale la pyorrhée alvéolo-dentaire, ou suppuration de la cavité des alvéoles ; l'alimentation du soldat français, insuffisante par défaut de variété dans le régime et par l'absence d'alcooliques distribués régulièrement ; l'arrivée récente sous les drapeaux (les jeunes recrues étant surtout frappées), et, en dernier lieu, l'ensemble de conditions hygiéniques de moins en moins bonnes, suivant le grade (la stomatite ulcéreuse, déjà beaucoup moins fréquente, proportionnellement, chez les sous-officiers que chez les soldats, est extrêmement rare chez les officiers). — Les *symptômes* de l'affection buccale ressemblent au tableau connu de la stomatite ulcéro-membraneuse des enfants. — Au point de vue anatomique, il est à noter que le pus est ce qui ne manque jamais, et la fibrine ce qui manque presque toujours ; c'est là précisément l'inverse de ce qu'on observe dans l'exsudation plastique de la diphthérie. — Quant au produit membraniforme de la stomatite, il est composé, suivant M. Robin, de longues lanières de fibres réunies en faisceaux, et formant des anses onduleuses qui circonscrivent des masses amorphes de tissu cellulaire mortifié. Ce produit, qui, à l'œil nu, ressemblerait assez à la fausse membrane diphthérique, en diffère essentiellement au microscope. — Dans la stomatite ulcéreuse, la pellicule qui se montre au moment où commence la réparation de la membrane muqueuse, est tout simplement un produit de la sécrétion épithéliale. — La stomatite ulcéreuse des soldats présente de très-nombreuses analogies avec celle des enfants ; ainsi, chez les premiers, les ulcérations siégent, par ordre de fréquence, sur les gencives, sur la face interne des joues, sur la voûte et le voile du palais, la face postérieure et le bord des lèvres, et enfin la langue ; même ordre chez les seconds, sauf pour la langue, le bord latéral de celle-ci correspondant à la joue malade étant très-souvent envahi. — Presque toujours aussi, chez les uns comme chez les autres, les ulcérations (celles des gencives exceptées), sont *unilatérales*. Mais dans la stomatite des soldats, les ulcères se produisent parfois sur les amygdales, et constituent une amygdalite ulcéreuse,

ce qu'on n'a point observé chez les enfants. Sur 95 cas de stomatite, M. Bergeron n'a rencontré, du reste, que 7 exemples de cette angine ulcéreuse, et là encore le développement unilatéral de la maladie fut la règle. — L'adénite sous-maxillaire et même cervicale symptomatique, et la fétidité de l'haleine, sont des phénomènes communs à la stomatite chez les soldats et chez les enfants ; mais la salivation, qui est un symptôme constant de la stomatite ulcéreuse chez les premiers, manque le plus souvent, et n'est que très-peu abondante chez les seconds. — La plupart des malades éprouvent des douleurs lancinantes, qui parfois déterminent une insomnie des plus pénibles. — Après avoir fait, des autres symptômes de la stomatite des soldats, une description complète et un examen approfondi, M. Bergeron traite des *complications*, qui ont été, d'une part, la carie des dents et la pyorrhée alvéolo-dentaire, en liaison assez directe avec la stomatite, et, d'autre part, la dysentérie, la fièvre typhoïde et le choléra, qui, sans liaison, avec la stomatite, ont eu cependant pour effet d'en prolonger la durée. — Abandonnée à elle-même ou sous l'influence d'un traitement peu approprié, la stomatite ulcéreuse dure longtemps. Sa durée est fort courte sous l'influence du traitement par le chlorate de potasse. — La durée moyenne du traitement a été de six à sept jours, en comptant rigoureusement le nombre de jours pendant lesquels le chlorate de potasse avait été administré, et de cinq à six seulement, en défalquant ceux où il aurait pu être supprimé. — Ce n'est pas un spécifique ; mais même quand il ne la guérit pas tout à fait, le chlorate de potasse imprime à la maladie une modification prompte et salutaire, et s'il reste quelquefois sans influence sur le travail de réparation et de cicatrisation, il a pour effet constant de rétrécir et de déterger les ulcérations, et de diminuer en même temps la douleur, la salivation et la fétidité de l'haleine. — M. Bergeron prescrivait d'abord uniformément : 1° 4 grammes de chlorate de potasse dissous dans un julep à prendre dans les vingt-quatre heures ; 2° un gargarisme émollient ; 3° une tisane délayante ; 4° un régime subordonné à l'état général, dans la période aiguë, et à la douleur de la mastication et de la déglutition dans la période subaiguë ou chronique ; depuis, il a eu l'occasion de reconnaître l'effet avantageux, dans quelques cas, de l'administration préalable d'un émétique. — M. Bergeron, abordant avec une grande force de critique la partie nosologique de son travail, démontre que la stomatite ulcéreuse est totalement différente de la diphthérite et par suite que la dénomination de *stomatite couenneuse, pseudo-membraneuse*, ne doit pas lui être conservée. — Dans l'affection de la bouche, l'ulcération est le fait capital, la pellicule un fait accidentel et purement secondaire ; dans la diphthérie, la fausse membrane est tout, et

l'ulcération n'existe pas. — La stomatite ulcéreuse, localisée à la cavité buccale, reste toujours une stomatite; la diphthérie a pour siége de prédilection l'arrière-gorge et les voies respiratoires ; elle a une tendance au progrès, à la généralisation : elle se propage de plus en plus loin aux voies aériennes, supérieures ou inférieures ; mais elle ne se propage pas à la membrane muqueuse de la bouche.

Transmission du muguet, par M. Sirus Pirondi.
Rapport de M. Chatin. (Académie de médecine, 28 décembre 1858.)

Deux faits communiqués peuvent ainsi se résumer :

1er FAIT. — 1° Insuffisance de l'allaitement ou de l'alimentation chez un nouveau-né ; 2° prodromes du muguet et apparition de l'*oïdium albicans*, champignon caractéristique ; 3° appel d'une nourrice pour suppléer à l'insuffisance du lait de la mère; 4° apparition du muguet chez l'enfant de la nourrice, dont le sein participe à l'état morbide du premier enfant ; 5° appel d'une deuxième nourrice et transmission du muguet à un troisième enfant.

2e FAIT. — 1° Enfant née avant terme et atteinte du muguet au bout de quelques jours; 2° transmission du muguet à l'enfant de la nourrice; existence de champignons du muguet dans les fissures du sein de la nourrice, et transmission de celui-ci à un troisième enfant.

Des faits observés, M. Sirus Pirondi passe aux déductions. Il examine successivement : 1° sous quelles influences le muguet s'est primitivement montré, et il l'attribue à l'alimentation insuffisante ; 2° quelle part il convient d'accorder à la transmission, et il la considère comme incontestable dans les deux faits qu'il a cités ; 3° comment s'est opérée cette transmission. Il pense que le germe du muguet est passé du premier au deuxième enfant, par l'intermédiaire du sein de la nourrice.

Traitement du muguet, par M. Natalis Guillot. (Gazette des hôpitaux, p. 419.)

Ce traitement, d'une efficacité constante, est fort simple. Après s'être enveloppé un doigt d'un morceau de toile un peu dure, on s'en sert pour frotter avec une certaine rudesse toute la bouche de l'enfant, de façon à en bien nettoyer tous les recoins et à enlever tout ce qui existe du produit étranger qui, du reste, se laisse facilement détacher. — Lorsqu'on s'est assuré que tout est bien enlevé, on promène légèrement le crayon de nitrate d'argent sur la langue et sur les parois de la bouche. Les enfants supportent très-bien cette petite opération.— Le plus souvent la guérison est complète, après une seule application de ce traitement; plus rarement, il se reproduit un peu de muguet les jours sui-

vants, mais on le fait disparaître par le même procédé. Il est tout à fait exceptionnel que l'on soit obligé d'y recourir une troisième fois.

Sur une affection herpétique de la langue non encore décrite, par M. Bergouhnioux. (Journal du progrès, p. 462.)

L'auteur cite trois exemples de cette affection, observée chez des individus ayant de l'herpès sur d'autres parties du corps : plaques blanchâtres, laissant dans leur intervalle des espaces arrondis d'un rouge vif où l'élément papille semble dépouillé de son épithélium ; — ulcérations. On devine facilement les symptômes tenant au siége de la maladie. —Mêmes causes que pour l'herpès des autres régions : c'est une manifestation de la diathèse herpétique. — Traitement : un régime sévère est le premier élément de succès.

Etiologie des aphthes, par M. Piorry. (L'Art dentaire, p. 376.)

On a supposé que les aphthes sont en général liés à une cause interne, et en conséquence on a cherché à les combattre par les spécifiques, mais toujours sans aucun succès ; si on étudie les aphthes de la bouche, on voit qu'ils ne sont que des morsures ou déchirures produites par les saillies dentaires : or, en faisant limer ces aspérités ou en faisant arracher les dents mal placées, on empêche les aphthes nouveaux de se former. En touchant très-légèrement avec le nitrate d'argent la surface très-douloureuse de ces petites ulcérations, on y forme une membrane adhérente d'albumine coagulée. Cette pellicule agissant ici comme le taffetas ichthyocolle sur la peau, constitue une sorte d'épiderme, protége le tissu sensible contre le contact des parties voisines, et fait cesser les douleurs presque subitement.

Acrinie salivaire ou asialorrhée; *bons effets du nitrate d'argent*, par M. Rey. (L'Art dentaire, p. 253.)

Voir un cas analogue dans l'*Annuaire*, t. II, p. 107. — Pendant huit ou dix ans, un jeune homme de dix-huit ans a eu la langue sèche, cylindrique comme un radis, avec une absence complète de sécrétion salivaire. Tous les moyens ayant échoué, M. Rey eut l'idée de cautériser très-énergiquement avec le nitrate d'argent, non-seulement la langue, mais encore toute la paroi buccale ; cette cautérisation fut faite avec une solution très-concentrée de nitrate d'argent. Sous l'influence de ce moyen, dès le lendemain, la langue était ramollie ; les cautérisations furent réitérées ; l'état du malade est devenu plus satisfaisant.

Des douleurs comme signe dans les maladies de l'estomac, par M. Habershon. (Medical Society of London; Gazette médicale de Lyon, p. 547.)

Les affections qui n'occupent que la muqueuse ne donnent lieu à aucune douleur; pour que ce phénomène existe, il faut que les autres couches soient intéressées. — La distension cause de la douleur. — Une douleur éprouvée immédiatement après l'arrivée du bol alimentaire dans l'estomac n'est pas une preuve absolue de maladie du cardia; elle indique quelquefois une maladie du pylore.

De la dyspepsie, par M. Beau, leçons recueillies par M. Nicolas. (Gazette des hôpitaux, p. 289, 338, 389, 393, 449.)

Leçons dogmatiques dans lesquelles on retrouve toutes les idées que M. Beau professe depuis longues années sur les troubles des fonctions de l'estomac.

Dyspepsie flatulente; eau d'Alet, par M. Beau. (Moniteur des hôpitaux, p. 428.)

Cette dyspepsie a été traitée par l'eau d'Alet. L'appétit et les forces sont revenus avec rapidité.— M. Portalier a publié dans la Gazette des hôpitaux, p. 387, un article favorable à l'emploi des eaux d'Alet dans les dyspepsies.

De la diastase contre les dyspepsies et contre certains vomissements, par M. H. de Castelnau. (Moniteur des sciences, p. 202.)

Article ayant pour but de démontrer l'efficacité de cette médication. Nous en dirons autant d'une note publiée par M. Roux dans le Moniteur des hôpitaux, p. 436.

Dyspepsie, par M. Tartivel. (Le Progrès, p. 197.)

Congestion chronique du foie; dyspepsie, anémie, abolition des facultés génésiques. Mélancolie, nosomanie. — Traitement hydrothérapique. Guérison.

Névrose gastro-intestinale ancienne et rebelle, par M. Tartivel. (Journal du progrès, p. 197.)

Traitement hydrothérapique. — Guérison.

Poudre antidyspepsique, par M. A. Bonnet. (Gazette médicale de Lyon, p. 49.)

Sous-nitrate de bismuth.	20 grammes.
Chlorhydrate de morphine. . . .	5 centigrammes.

Mêlez et divisez en 20 paquets. A prendre un immediatement avant chacun des deux repas, dans deux grandes cuillerées d'eau sucrée.

Ce remède convient particulièrement contre les dyspepsies avec tendance à la diarrhée.

Vomissements liés à un catarrhe de l'estomac, par M. Lehmann. (Echo médical, août.)

Une femme, depuis trois ans, vomissait ses aliments après les repas, mêlés à un liquide blanc, écumeux, acide. — La maladie avait résisté à différentes médications; l'auteur prescrivit de légers repas composés d'amidon cuit à l'eau, puis au lait. — Pas ou peu de vomissements. — Au bout de quelque temps, on put donner des pommes de terre, puis de la viande. — Guérison complète et durable.

Dilatation de l'estomac, par M. Rilliet. (Gazette hebdomadaire, p. 262.)

L'auteur ne s'occupe que de l'ampliation morbide et permanente de l'estomac; elle est caractérisée surtout par la facilité de sa production, et par la difficulté ou même l'impossibilité de la rétraction de l'organe sur lui-même. La grande courbure descend jusqu'à l'ombilic, au-dessous de ce point et même jusqu'au pubis. — Cette affection existe le plus souvent avec un rétrécissement de l'orifice pylorique, mais elle peut exister aussi sans lésion apparente du pylore; on la trouve dans l'âge adulte chez des hommes ayant beaucoup souffert de la misère, chez des ivrognes, chez des dyspeptiques. — Elle est caractérisée par des vomissements et un état particulier de l'abdomen : les vomissements ne sont pas aussi fréquents chez tous les malades; ils sont plus abondants que les matières ingérées le jour ou la veille; ils contiennent des aliments non digérés pris plusieurs jours ou plusieurs semaines avant; ils ont quelquefois une odeur qui rappelle celle de la graisse rance ou d'un corps en putréfaction; ils ont lieu par crises, à des intervalles plus ou moins éloignés. — Quelques malades ne peuvent pas vomir; les aliments passent alors peu à peu dans le duodénum. — Les signes tirés de l'état de l'abdomen sont différents, suivant qu'on examine avant ou après le vomissement : on constate, avant le vomissement, une

sensation obscure de fluctuation et d'empâtement dans toute la région occupée par le viscère distendu ; — un son clair vers la région épigastrique, qui devient mat à mesure que l'on descend (la matité varie avec la position du malade) ; — un ballottement particulier ; — la matité augmente, si les malades prennent une nouvelle quantité d'aliments ou de boissons. — Tous ces signes disparaissent après le vomissement. — La dilatation peut guérir, si elle n'est pas sous la dépendance d'une lésion organique. — Le traitement est celui de la dyspepsie : outre les règles diététiques, M. Rilliet recommande l'emploi de légers toniques. — Deux observations originales ; analyse critique du mémoire de M. Duplay sur le même sujet.

Hypertrophie concentrique de l'estomac, par M. Chalvet. (Bulletin de la Société anatomique, p. 68.)

Vieillard de soixante-dix-neuf ans. Pas de symptôme fonctionnel. — Les parois de l'estomac sont excessivement épaisses ; la cavité contient à peine 100 grammes de liquide ; l'hypertrophie porte surtout sur la tunique musculeuse.

Hypogénésie de l'estomac ; son diagnostic chez les enfants à la mamelle, par M. Sous. (Gazette médicale de Paris, p. 746.)

Cette anomalie consiste en une diminution de tous les diamètres de l'estomac, sans changement de forme et sans altération des tissus. — L'auteur donne les diamètres de l'estomac sain chez les enfants nouveau-nés ; il rapporte ensuite deux observations, desquelles il résulte que les caractères de l'hypogénésie de l'estomac chez les enfants sont : une bonne conformation extérieure, la présence d'évacuations alvines, l'absence de toute affection à laquelle on puisse rapporter l'anorexie, le défaut d'appétit permanent et commençant avec la vie.

Ulcère de l'estomac, par M. de Luca. (Académie des sciences, 28 février.)

Voici le traitement qui a guéri le malade dans le cas rapporté : « L'ulcère de l'estomac étant constaté, M. de Luca, qui avait déjà recueilli plusieurs exemples des bons effets de l'*eau de chaux* pour le traitement des ulcérations de la muqueuse intestinale, eut recours à ce même moyen. — Le malade fut mis à la diète et à l'usage du lait d'ânesse d'abord, puis du lait de chèvre, unis à l'*eau de chaux*. Au bout de quinze jours, les douleurs étaient très-diminuées ; au bout d'un mois et demi, le malade était guéri. Et cependant le diagnostic n'avait pu laisser de doute,

car, indépendamment des douleurs locales dans l'estomac, le malade avait rendu du pus dans les excréments. »

Ulcère simple de l'estomac, par M. Millard. (Bulletin de la Société anatomique, p. 213.)

Un homme robuste, n'ayant eu ni vomissements ni trouble de la digestion, rend, après deux jours de malaise, par les vomissements et par les selles une grande quantité de sang ; il meurt après dix-huit ou vingt heures. — On a trouvé sur la face postérieure de l'estomac, au niveau de la petite courbure, un ulcère profond, grand comme une pièce de 50 centimes, sur lequel on constate l'orifice béant d'une artère ; c'est une des terminaisons de la coronaire stomachique et elle a le volume d'une plume de corbeau.

Emploi de la viande crue dans la diarrhée des enfants qui survient après le sevrage, par M. Weisse. (Journal für Kinderkrankheiten. Gazette médicale de Paris, p. 524.)

M. Weisse a recommandé cette médication il y a prés de vingt ans; il la regarde comme un spécifique. Il donne la viande crue râpée, à l'exclusion de tout autre médicament : la diarrhée et la soif disparaissent. — Ce n'est pas le suc de la viande, mais la chair elle-même qui produit ce résultat. Le médicament administré à des enfants plus âgés reste sans effets. — L'usage de la viande crue favorise le développement du ténia.

Emploi de la pulpe de viande crue dans le traitement de la diarrhée chronique chez les enfants, par M. Trousseau. (Bulletin général de Thérapeutique, t. LVI, p. 449.)

C'est surtout et peut-être exclusivement contre la diarrhée des jeunes enfants, des enfants sevrés mal à propos, que la viande crue a une efficacité que nous ne connaissons à aucun autre médicament.—Voici comment elle doit être préparée : on réduit en pulpe, en la pilant, la chair de bœuf, de mouton, etc., que l'on fait passer ensuite à travers les trous d'un tamis en fer-blanc ; la portion rouge et charnue, ainsi tamisée, est incorporée dans des confitures ou du sucre, et transformée en boulettes que l'on donne aux enfants. — Le goût de la viande a complétement disparu. On en prescrit, le premier jour, 10 grammes, et on augmente cette dose, les jours suivants, jusqu'à 400 grammes. On doit supprimer toute autre alimentation, et ne permettre que quelques boissons nutritives. Quand la diarrhée a disparu, on remplace la viande par de petits potages, des œufs à la coque, etc.

Du traitement de la diarrhée des enfants et spécialement de la médication par le régime lacté et la pulpe de viande crue, par M. E. Andrieux. (Thèses de Paris, nº 23.)

Emploi du sulfate de cuivre opiacé comme traitement de la diarrhée occasionnée par la dentition, par M. Eisenmann. (Bulletin général de Thérapeutique, t. LVI, p. 563.)

L'auteur a obtenu de prompts et excellents résultats du sulfate de cuivre, associé à l'opium, dans les proportions suivantes :

Sulfate de cuivre.	0,015
Opium.	0,005
Sucre pilé.	Q. S.

Faire prendre deux paquets par jour.

Moyen simple de combattre la diarrhée, par M. Marchand. (Union médicale, t. III, p. 481.)

L'auteur emploie, suivant un usage populaire dans le pays où il pratique, la décoction du *lythrum salicaria* (salicaire). Il conseille de l'administrer pour remplacer les autres tisanes usitées, sans préjudice des autres médicaments. Ce sont les épis qui conviennent le mieux.

Entérite ulcéreuse chronique, par M. Martin. (Moniteur des hôpitaux, p. 508.)

Il y a eu une perforation intestinale, promptement suivie de mort.

Recherches sur les causes de la colique sèche observée sur les navires de guerre français, par M. Lefèvre. (Paris, J.-B. Baillière, in-8, 312 pages.)

Cet ouvrage est divisé en cinq chapitres. Le premier contient l'historique de la maladie. — Dans le deuxième chapitre, on trouve l'appréciation des quantités et des conditions dans lesquelles le plomb et les divers composés plombiques se trouvent à bord des navires, de la part d'influence qu'ils peuvent exercer sur le développement des coliques sèches. — Dans le troisième chapitre, l'auteur apprécie les faits relatifs au développement de la colique sèche observée sur tous les points du globe, soit à terre, soit à bord des navires. — Le quatrième chapitre est une appréciation des conclusions du chapitre II et des causes à l'influence desquelles on attribue le développement de la colique sèche des pays chauds. — Le cinquième chapitre s'occupe des mesures

préventives et hygiéniques qui devront être ordonnées afin de prévenir l'influence des produits saturnins.

Colique nerveuse endémique des pays chauds, et en particulier du diagnostic différentiel de cette affection et de la colique de plomb, par M. Cl. Repin. (Thèses de Paris, nº 234.)

Étude sur la colique, par M. A. Badour. (Thèses de Paris, nº 169.)

Hémorrhagie gastro-intestinale idiopathique ayant amené un état syncopal grave, par M. A. Raciborski. (Gazette des hôpitaux, p. 518.)

Le perchlorure de fer a produit de bons résultats. — L'auteur cherche un moyen de distinguer la coloration noire des matières fécales due au mélange de sang de la teinte noire produite par l'action du perchlorure de fer. Il croit l'avoir trouvé dans les caractères suivants : pour les matières solides d'un côté, si la coloration tient au perchlorure, elle pénètre dans toute l'épaisseur uniformément ; le sang se mêle tout simplement aux matières. Pour les liquides d'un autre côté, l'ébullition coagule le sang et reste sans effet sur le perchlorure.

De la médication de la dysentérie aiguë épidémique et d'un procédé thérapeutique pour arrêter le ténesme, par M. L. Ansaloni. (Thèses de Paris, nº 39.)

L'auteur reproduit les idées et la pratique de M. Leclerc. La nouvelle médication est basée sur cette opinion, que la dysentérie est dans le début une affection névralgique, et que le ténesme est la source de tous les phénomènes qui se montreront plus tard. — Il s'agit donc de combattre tout d'abord l'état nerveux : on applique, à cet effet, un large emplâtre d'extrait de belladone ou de datura stramonium, au-dessus du pubis ; cet emplâtre doit être renouvelé tous les jours. — Cette théorie n'a pas empêché l'auteur d'employer les modes ordinaires de traitement. Il a eu 2 morts sur 200 malades dans une épidémie.

Traitement de la dysentérie, par M. L. Hamon. (Bulletin général de Thérapeutique, t. LVII, p. 271.)

M. Hamon emploie depuis 1854 les solanées contre la dysentérie. Mais au lieu de belladone et de datura en cataplasmes (voir l'article précédent), il fait préparer avec les parties vertes de la morelle tubéreuse une décoction concentrée, que l'on applique en fomentations sur les parois abdominales des malades. — Les douleurs abdominales sont immédiatement calmées ; le ténesme

ne disparaît pas d'une manière aussi constante. M. Hamon pense qu'on ne saurait du reste adopter pour la dysentérie une méthode de traitement à l'exclusion des autres.

Dysentérie épidémique, son traitement, par M. Piedvache. (Gazette médicale de Paris, p. 229.)

Voir l'*Annuaire*, t. II, p. 122.

Essai sur la dysentérie observée en Algérie, par M. Boutonnier. (Thèses de Strasbourg.)

M. Boutonnier raconte ce qu'il a vu en Algérie et nous fait connaître, à la fin de son intéressant travail, la méthode généralement employée en Algérie dans les cas de dysentérie : les émissions sanguines locales, dès le début, répétées selon l'intensité et la forme de la maladie; les potions gommeuses avec 5 à 10 centigrammes d'extrait gommeux d'opium; des demi-lavements amylacés avec 15 à 20 gouttes de laudanum de Sydenham; très-rarement on emploie les purgatifs, tels que le calomel, le nitrate de soude; quelquefois on emploie les vomitifs ipécacuana et tartre stibié, quand dès le début se montrent quelques symptômes biliaires. Quand la période inflammatoire est passée, que les selles ont cessé d'être sanguinolentes, on emploie les astringents, tels que le ratanhia, le cachou, ou bien le simarouba. Les malades sont soumis à une diète sévère; ils ne prennent que des boissons délayantes. — Cette médication si simple et si facile est celle qui constamment nous a donné les meilleurs résultats.

Quelques considérations sur la dysentérie à la colonie pénitentiaire d'Ostwald, par M. Poncet. (Thèses de Strasbourg.)

L'auteur fait connaître la forme particulière qu'a prise la dysentérie à la colonie d'Ostwald, et les maladies principales qui se sont montrées à titre de complication.

Notes sur une épidémie de dysentérie observée dans le canton de Molliens-Vidame (Somme), par M. Fruleux. (Thèses de Strasbourg.)

Après avoir étudié la maladie et le pays dans lequel elle a sévi, l'auteur tire pour le traitement les conclusions suivantes : — 1° Les purgatifs sont très-efficaces lorsqu'ils sont employés dès le début de la maladie. — 2° L'opium administré avec ménagement, surtout lorsque les évacuants ne réussissent pas ou ne peuvent être employés, est un des meilleurs médicaments que nous possédions pour combattre la dysentérie. — 3° Le per-

chlorure de fer en lavement peut produire d'heureux résultats, surtout lorsque les dysentériques rendent une grande quantité de sang. — 4° Le chloroforme pourrait être employé pour faire cesser ou amoindrir le hoquet. 5° — Dans la dysentérie chronique et chez les malades convalescents de dysentérie aiguë, une alimentation graduée ou réparatrice est indiquée dans tous les cas, mais surtout lorsqu'il y a état de faiblesse extrême, et que l'amaigrissement est considérable.

Dysentérie, par M. J. Cartier. (Thèses de Paris, n° 269.)

Epidémie de dysentérie; *cholérine*, par M. Chalut. (Gazette des hôpitaux, p. 500.)

L'auteur dit qu'il a observé dans les environs de Paris une épidémie de cholérine, qui a fait beaucoup de victimes. Depuis quelques jours, la cholérine a fait place à des cas de dysentérie nombreux et graves. — Quelques détails sur la constitution médicale de Paris dans l'été de 1859; il y a eu une véritable épidémie de dysentérie, qui paraît aussi exister dans plusieurs parties de la France.

Dysentérie. (Gazette des hôpitaux, p. 469, 481.)

Dans cet article on s'occupe de la dysentérie qui sévit à Paris et dans d'autres pays; on passe en revue plusieurs traitements qui tous sont connus. — M. Hélye appelle l'attention sur une cause dont on n'a pas apprécié toute l'importance; il dit que la cause de la dysentérie est un froid relatif, frappant l'intestin de diverses manières, par la saison ou par *applicata intus et extra.* —Si le froid engendre la dysentérie, la chaleur la guérit. « Couvrez le ventre, couvrez-le beaucoup, couvrez-le trop, couvrez-le encore, voilà le traitement de la dysentérie. »

Dysentérie épidémique; *influence favorable de la calorification*, par M. Laforgue. (Gazette des hôpitaux, p. 526.)

Relation d'une épidémie qui a régné à Rome; dans les traitements employés, on n'a pas négligé la calorification du ventre, à laquelle l'auteur attribue les succès obtenus.—M. Laforgue partage les idées de M. Hélye sur ce sujet; il voudrait qu'en temps d'épidémie les populations se couvrissent préventivement le ventre avec de la flanelle ou de la ouate, qui tient plus chaud et coûte moins cher.

Dysentérie avec accidents cérébraux, par M. Gallard.
(Union médicale, t. III, p. 547.)

Observation dans laquelle on voit un malade ayant une dysentérie succomber avec des phénomènes cérébraux, qui rappelaient complétement les accidents inflammatoires des centres nerveux (coma, convulsions, etc.). A l'autopsie, on a trouvé les lésions intestinales de la dysentérie et une absence absolue d'altération matérielle du cerveau ou de ses enveloppes. M. Gallard attribue à la dysentérie tous les accidents encéphaliques qu'il a observés : elle a agi comme un poison, et, à l'exemple de tous les agents tòxiques, son action s'est fait sentir sur le cerveau, sans altérer en aucune façon appréciable la substance de cet organe.

Diarrhée, dysentérie, fièvre intermittente en 1859 ; *différence et connexité de leur origine*, par M. Champouillon. (Gazette des hôpitaux, p. 517.)

L'auteur rappelle quelques faits dont il a été témoin pendant la campagne d'Italie. — Il veut prouver que la dysentérie attend pour se montrer que la constitution ait été préalablement éprouvée par les chaleurs intenses ou par l'intoxication paludéenne, ou par d'autres modificateurs hygiéniques qu'une exploration attentive fait presque toujours reconnaître.

Seringos ou dysentérie purulente des Cafres, par M. A. Vinson.
(Académie des sciences, 24 janvier.)

Cette maladie, suivant l'auteur, n'attaque, parmi les différentes classes de travailleurs amenés dans l'île de la Réunion, que les indigènes du continent africain, tandis que les autres, Indiens et Malgaches, n'y sont point sujets, quoique plusieurs n'échappent pas à la dysentérie ordinaire.

Recherches anatomo-pathologiques et cliniques sur l'ulcération et la perforation de l'appendice iléo-cœcal, par M. E. Leudet. (Archives générales de médecine, août, p. 129.)

Conclusions. — 1° La perforation de l'appendice iléo-cœcal est à elle seule plus commune que toute autre perforation d'une partie quelconque de l'instestin ; elle égale au moins en fréquence toutes les perforations du tube digestif prises collectivement. — 2° L'ulcération de l'appendice iléo-cœcal est très-fréquente dans la phthisie pulmonaire avec lésions ulcéreuses du cœcum, ou même dans l'entérite chronique. — 3° Les causes de la perfo-

ration de l'appendice vermiforme du cœcum sont les ulcérations de l'entérite, les ulcérations tuberculeuses de la phthisie pulmonaire (6 fois sur 13), la fièvre typhoïde, et les corps étrangers : boulettes fécales durcies, clous, épingles, etc.; peut-être, dans quelques cas rares, les fièvres éruptives. — 4° Les lésions consécutives à la perforation de l'appendice iléo-cœcal sont la péritonite généralisée, heureusement rare, puisque nous n'en comptons que 1 cas sur 43. L'inflammation de toute la séreuse péritonéale peut être secondaire et occasionnée par la rupture d'une poche de péritonite circonscrite. Les péritonites circonscrites sont beaucoup plus communes; elles peuvent être limitées entre des anses intestinales adhérentes, entre celles-ci et la paroi abdominale ; la collection purulente peut être un abcès de la fosse iliaque sus- ou sous-aponévrotique avec ses conséquences habituelles. — D'autres terminaisons plus rares sont l'ouverture de la péritonite circonscrite au dehors ; l'adhérence et la communication de l'appendice perforé avec l'intestin grêle, le cœcum, le rectum, la vessie, l'artère iliaque interne. — L'abcès du foie et la phlébite de la veine porte sont quelquefois consécutifs à cette perforation. Les adhérences qui limitent la péritonite localisée étranglent quelquefois l'intestin grêle et occasionnent la mort par étranglement intestinal. — 5° Les symptômes de la perforation iléo-cœcale varient suivant les accidents consécutifs à la perforation ; elle peut être latente, surtout dans la phthisie. — 6° La perforation iléo-cœcale est susceptible de guérison, et ne cause que dans le plus petit nombre des cas une mort rapide. — 7° Le diagnostic de la perforation iléo-cœcale est difficile; on peut la soupçonner quand des accidents de péritonite partielle dans la fosse iliaque interne droite surviennent chez des individus jusqu'alors bien portants ou dans le cours de la phthisie ou de l'entérite chronique. — 8° Il faut s'abstenir dans ces cas de purgatifs et de lavements ; le meilleur traitement est l'opium et la belladone à haute dose, les bains tièdes, les boissons peu copieuses.

Perforation de l'intestin par les lombrics, par M. Bourguet. (Revue thérapeutique du Midi, 15 janvier.)

Le lendemain d'une rixe, un homme fut pris de douleurs abdominales très-vives et succomba dans la nuit du quatrième au cinquième jour. — Une autopsie juridique fut pratiquée par M. Bourguet, qui rechercha avec le plus grand soin les causes de la mort et de l'affection abdominale qui l'avait amenée. Or, il ne trouva pour les expliquer l'une et l'autre qu'une péritonite intense occasionnée par une perforation de l'iléon à l'union de son tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs. Cette perfora-

tion était circulaire, avec perte totale de substance, de 1 centimètre 1/2 à 2 centimètres de circonférence, et telle qu'aurait pu la produire un emporte-pièce. Cependant, du côté de la muqueuse, les bords présentaient des traces évidentes d'érosions. Deux lombrics gisaient dans le péritoine, et M. Bourguet conclut que ces lombrics avaient eux-mêmes perforé l'intestin et occasionné la mort du malade.

Perforations mortelles de l'intestin grêle dues à des ascarides lombricoïdes, par M. Tesseire. (Gazette hebdomadaire, p. 445.)

Diarrhée violente et coliques fixées toujours au même point de l'abdomen. — Mort. — A l'autopsie, perforation du jejunum, dans lequel est engagé un lombric : inflammation du péritoine et de l'intestin très-circonscrite. Il n'y avait pas d'adhérences et cependant pas d'épanchement dans le péritoine.

Electricité pour combattre la constipation opiniâtre, par M. Clemens. (Deutsche Klinik et Bulletin général de Thérapeutique, t. LVII, p. 377.)

M. Clemens fait usage de l'électricité dans les cas de constipation opiniâtre. Voici comment il opère : le pôle positif, sous forme d'une petite boule d'argent, est placé à la hauteur de la valvule de Bauhin ; le pôle négatif aboutit à l'abdomen, vers le milieu du côlon descendant. A la première séance, le patient essuie cinq ou six charges électriques; tous les jours les séances doivent augmenter en durée, et les décharges électriques en puissance. M. Clemens, se fondant sur ce que ce moyen augmente la force et la rapidité des mouvements péristaltiques, croit pouvoir l'utiliser avec avantage pour surmonter les constipations provenant d'un rétrécissement intestinal.

De la constipation prolongée, par M. Teissier. (Gazette médicale de Lyon et Gazette des hôpitaux, p. 18.)

Ce n'est pas seulement dans la rareté des évacuations que consiste la constipation, mais bien dans la rétention, l'endurcissement et le dessèchement des matières alvines dans l'intestin. — On peut établir plusieurs variétés de constipation fondées sur les causes qui la produisent. — 1° Altération de la sécrétion muqueuse. — 2° Trouble des fonctions du foie, qui ne verse pas dans l'intestin une suffisante quantité de bile. — 3° Inertie de la contractilité intestinale, la plus fréquente des

causes. — 4° Etat spasmodique de la tunique musculeuse des intestins. — L'auteur entre ici dans le détail des accidents primitifs et consécutifs de la constipation. — Le traitement de la constipation devra être basé sur les distinctions étiologiques qui ont été établies plus haut. — Aux constipations par altération de la sécrétion muqueuse conviennent les lavements émollients, miellés ou huileux, les laxatifs légers. — Aux constipations par trouble de la sécrétion biliaire doivent s'adresser les drastiques, la rhubarbe, l'aloès, le calomel, les grains de santé, l'extrait de fiel de bœuf, etc. — Que si l'on a affaire à une constipation habituelle dépendant d'une paresse de l'intestin, on s'abstiendra des médicaments purgatifs et même des lavements chauds, émollients ou laxatifs. Les purgatifs, loin de diminuer la constipation, l'augmentent ; ils n'excitent momentanément la sécrétion intestinale que pour la diminuer et même la tarir ensuite; les lavements tièdes et émollients facilitent, il est vrai, momentanément aussi et d'une manière commode la liberté du ventre, mais ils ont le grave inconvénient d'amollir les tuniques intestinales et de les jeter dans l'atonie. — Pour les constipations par inertie, M. Teissier recommande : — 1° De chercher à régler, par l'*habitude*, les fonctions intestinales, et pour cela de se présenter chaque jour à la selle à une heure fixe et de faire de longs efforts pour provoquer la contraction du gros intestin. — 2° Les *lavements d'eau froide*, qui agissent en réveillant la sensibilité et la contractilité des intestins. — 3° La *noix vomique*, qu'on administre tous les matins à très-petites doses. — 4° Le *thé de Saint-Germain*. — 5° Le *café au lait*. — 6° Le *pain-à-tout*, c'est-à-dire le pain de froment contenant une assez grande quantité de son. — 7° La *moutarde blanche* réussit chez les personnes qui n'ont point d'irritation fluxionnaire des intestins. — 8° L'*ervalenta* facilite aussi les garde-robes ; elle a l'avantage de pouvoir être prise en potage au lait ou au bouillon. — Pour le traitement de la constipation par éréthisme nerveux des intestins, qu'on rencontre ordinairement chez les femmes hystériques, névropathiques, il n'est pas de meilleur remède que la belladone à doses fractionnées (1 centigramme d'extrait chaque jour, sous forme pilulaire).

Conséquences de la constipation chez les gens nerveux, par M. Berthier. (Gazette médicale de Lyon, p. 361.)

L'auteur a pour but de prouver, par des exemples, que la constipation peut amener de graves accidents chez les gens nerveux et chez les aliénés, et que le médecin ne saurait trop surveiller les fonctions de l'intestin.

Anatomie pathologique du gros intestin. — Rétention des matières fécales. — Rétrécissement intestinal observé dans quelques cas de fièvre jaune, par M. Bennet-Dowler. (Gazette hebdomadaire, p. 327.)

L'auteur donne la description d'un rétrécissement particulier du gros intestin, qu'il a rencontré surtout après la fièvre jaune ; il existerait aussi après la fièvre typhoïde et la fièvre bilieuse rémittente. Le canal intestinal est rétréci au point d'admettre à peine un tuyau de plume : la muqueuse est sèche, épaissie ; les bosselures sont effacées. On trouve quelquefois à ce niveau des matières fécales dures, ayant le volume de noix ou de noisettes, la couleur de l'argile sèche. — Pas de lésions organiques. — M. Bennet admet comme cause intime de la maladie une contraction spasmodique, siégeant dans les brides musculeuses, dépendant elle-même d'une maladie qui attaque violemment la circulation et l'innervation.

Invagination intestinale. — Gastrotomie. — Anus artificiel. — Mort. — Autopsie, par M. Chassaignac. (Société de chirurgie, 4 mai.)

Il s'agit d'un polype de la muqueuse de la fin de l'intestin grêle ; ce polype avait entraîné la partie de l'intestin, qui se trouvait ainsi invaginée dans le cœcum. Les symptômes graves d'étranglement interne ont déterminé M. Chassaignac à pratiquer l'opération de l'anus artificiel par la méthode de Littré, dans la fosse iliaque droite. Il n'est pas facile, suivant M. Chassaignac, de déterminer le moment où il convient d'opérer ; car, même avec des vomissements stercoraux, les malades peuvent vivre longtemps et l'occlusion intestinale peut disparaître. Il faut opérer quand la péritonite va commencer, ce qui est indiqué par les vomissements, qui de jaunâtres deviennent verts et porracés. — M. Chassaignac cite l'exemple d'un malade qui a pu vivre deux mois et demi avec les symptômes d'un étranglement bien constaté à l'autopsie. On a fait remarquer, à ce propos, que l'occlusion intestinale n'a dû être complète que peu de temps avant la mort.

Invagination de la fin de l'intestin grêle, avec polype de la muqueuse invaginée, par M. Fischer. (Bulletin de la Société anatomique, p. 205.)

Description du polype dont il est question dans l'observation précédente.

Du valvulus, par M. J. Soullier. (Thèses de Paris, n° 96.)

Invagination de l'iléon, par M. Durante. (Société anatomique, p. 28.)

Il s'agit d'une invagination de l'iléon, du cœcum, du côlon ascendant et transverse dans le côlon descendant, l'S iliaque et le rectum, à la suite d'une violence extérieure. — Péritonite; mort.

Rétention de matières fécales et communication ancienne de l'intestin grêle avec le gros intestin, par M. Legroux. (Société médicale des hôpitaux, 28 septembre, et Union médicale, t. IV, p. 413.)

Affection aigüe du ventre, suivie d'une guérison apparente. Longtemps après, la malade entre dans le service de M. Legroux, présentant une tumeur considérable dans la fosse iliaque droite. — Dépérissement; diarrhée; mort. — A l'autopsie, on a trouvé, à deux ou trois pieds au-dessous de la valvule iléo-cœcale, une communication avec adhérence entre l'intestin grêle et le gros intestin. Dilatation au-dessus et atrophie au-dessous. — Accumulation de matières fécales dans le cœcum : c'est ce qui constituait la tumeur.

Rétrécissement cicatriciel de l'intestin grêle, par M. Millard. (Bulletin de la Société anatomique, p. 184.)

Ce rétrécissement est le résultat d'ulcérations de l'intestin grêle. Il est tellement serré, qu'il laisse à peine passer une plume d'oie. — Signes d'une occlusion intestinale incomplète; marasme. — Jamais les selles ne présentèrent de caractères particuliers.

Rétrécissement inodulaire de l'intestin grêle, par M. Tillaux. (Société anatomique, p. 499, 1858.)

Femme de soixante ans sur laquelle on n'a aucun renseignement. — Rétrécissement à 30 centimètres au-dessus de la valvule iléo-cœcale; on dirait que l'intestin a été étranglé avec une corde. Les parois intestinales sont épaissies dans l'étendue de 2 centimètres; le diamètre du rétrécissement à l'intérieur est celui d'une plume d'oie; la muqueuse paraît saine; elle est plissée. — Sur le restant de l'intestin, on voit çà et là, sous le péritoine, de petits corps du volume d'une tête d'épingle; quelques-uns sont ulcérés, et le péritoine adhère à leur surface; d'autres ont acquis un volume plus considérable et font saillie sous la séreuse. — M. Tillaux pense que le rétrécissement qu'il montre est le dernier degré de la rétraction cicatricielle produite par l'inflammation ulcérative des productions déposées dans la tunique péritonéale. — Il est difficile, du reste, de dire quelle est la nature de ces productions.

Diagnostic et traitement des étranglements internes de l'intestin, par M. C. Streubel. (Gazette hebdomadaire, p. 228.)

Bon article, dans lequel l'auteur énumère plusieurs particularités qui sont aujourd'hui parfaitement connues, grâce aux derniers travaux publiés en France sur ce sujet.

Engouement intestinal, par M. Ferrand. (Journal de médecine de Bordeaux, et Gazette des hôpitaux, p. 123.)

Enfant présentant depuis huit jours les signes de l'engouement intestinal. Inefficacité de différents moyens. — 80 grammes de mercure métallique pris d'un seul coup ; plusieurs lavements avec l'irrigateur Eguisier. — Selles abondantes. — Guérison.

Iléus avec opération, par M. Anderson. (The Glascow medical Journal et Gazette médicale de Paris, p. 140.)

Tumeur colloïde comprimant l'S iliaque. — Signes d'iléus ; plusieurs médications (lavements purgatifs, mercure métallique, etc.) ; insuccès. — Le vingt-septième jour, le chirurgien fait un anus artificiel au côlon ; le vingt-troisième jour après l'opération, le malade a succombé à une péritonite suraigüe, au moment où il semblait en voie de guérison.

Concrétion intestinale (entérolithe) chez le cheval, par M. J. Cloquet. (Académie des sciences, 10 janvier.)

Concrétion trouvée dans le cadavre d'un cheval ; elle pèse 680 grammes ; elle est formée de phosphate de chaux et de phosphate ammoniaco-magnésien, disposés par couches, séparées entre elles par d'autres couches d'un gris verdâtre, que constitue ce que M. Cloquet a nommé le feutre végétal, lequel n'est lui-même qu'un tissu accidentel, qu'un feutrage de fibres ligneuses très-fines et serrées qui ont résisté à la dissolution digestive des animaux herbivores et se sont agglutinées d'une manière inextricable.

De la perforation de la paroi abdominale antérieure dans les péritonites, par M. Second Féréol. (Thèses de Paris, nº 72.)

Ces perforations sont rares, bien qu'elles soient signalées par un grand nombre d'auteurs. — M. Féréol rapporte d'abord une observation ainsi résumée : Inflammation du ligament large gauche succédant à un accouchement ; péritonite d'abord locale,

bientôt généralisée ; abcès mammaires et *phlegmatia alba dolens ;* perforation spontanée de la paroi abdominale dans le voisinage de l'ombilic ; issue du pus par le vagin. Cicatrisation de la fistule ombilicale et de l'ouverture du vagin ; guérison de la péritonite. Mort à la suite d'infiltration tuberculeuse dans les deux poumons et les plèvres. — L'auteur cite ensuite des observations analogues qu'il a trouvées dans les livres anciens ou récents. — C'est sur ces faits que se trouvent établies les considérations suivantes : La perforation spontanée de la paroi abdominale a été rencontrée surtout dans certaines péritonites puerpérales, dans certaines autres péritonites aiguës, dans des cas rares de péritonite chronique. — M. Féréol admet qu'il y a là une variété de péritonite qu'on pourrait appeler *perforante*, se distinguant des autres par ses symptômes et par sa marche ; la maladie au début présente des phénomènes moins effrayants que d'habitude : elle est plus lente à se généraliser ; d'ordinaire, l'épanchement est assez abondant, tenant le milieu entre celui de l'ascite et celui de la péritonite ; puis la maladie prend un caractère assez évident de chronicité, l'épanchement péritonéal se circonscrit et semble s'enkyster. Si, dans ces circonstances, il survient de nouveaux accidents inflammatoires, et que la maladie semble en quelque sorte repasser de l'état chronique à l'état aigu ; si les vomissements reparaissent avec un mouvement fébrile plus ou moins marqué et des douleurs localisées dans un point quelconque de l'abdomen, on peut diagnostiquer, presque à coup sûr, qu'il se prépare en ce point une perforation par où tend à sortir le pus intra-péritonéal ; et, en effet, très-peu de temps après, on voit le pus se faire jour par le rectum, ou par la vessie, ou par le vagin, ou plus exceptionnellement par la paroi abdominale, quelquefois même par plusieurs de ces points. Dans le cas où la péritonite s'abcède du côté de la paroi abdominale, il semble que la région péri-ombilicale soit le lieu d'élection du travail morbide. Après la perforation, les accidents généraux se calment, l'appétit reparaît, et, si la fistule ne se referme pas avant l'entière évacuation du pus, si le malade est d'ailleurs dans de bonnes conditions, il peut recouvrer complétement la santé au bout d'un temps plus ou moins long ; autrement il succombe soit à des complications intercurrentes, soit par suite de la persistance d'une péritonite purulente, incomplétement évacuée. La perforation se fait dans la région ombilicale, parce que c'est là que le péritoine offre le moins d'épaisseur. — M. Féréol établit ensuite le diagnostic entre la péritonite perforante et l'hydropisie enkystée du péritoine, les tumeurs intra-abdominales ramollies, les corps étrangers, les phlegmons abdominaux. — Comme pronostic, la perforation abdominale est une circonstance heureuse pour la maladie, en faisant des réserves sur la constitution du malade

et la manière dont l'évacuation du pus peut se faire. — Quand la nature prépare d'elle-même l'évacuation du pus, il ne faut pas intervenir; quand la fistule est établie, M. Féréol n'est pas partisan des injections. — Mais quand la péritonite franche a produit un épanchement enkysté, qu'il n'existe aucune apparence de travail ulcératif du côté des parois abdominales et que le malade est dans de bonnes conditions, l'auteur conseille avec une prudente réserve de donner issue à ce pus, dont la présence seule amènera la mort du malade.—La lecture de cette thèse est très-instructive.

Observations de corps étrangers du péritoine, par MM. Bennett et Brown. (Archives de médecine, novembre, p. 605.)

Relation de trois cas : la périphérie était composée d'une coque fibreuse ou de tissu élastique ; au centre, un noyau, crétacé dans un cas, contenant dans un autre de la graisse. — L'un de ces corps était pédiculé. — Ces corps ne sont autre chose qu'un appendice épiploïque modifié.

Corps étrangers du péritoine, par M. Michel. (Bulletin de la Société anatomique, p. 97.)

Deux corps à un degré différent de développement. — Leur mode de formation paraît être, d'après ce fait, analogue à celui des corps étrangers articulaires.

Etiologie et diagnostic des maladies du foie, notamment de l'hépatite, par M. Bertulus. (Gazette des hôpitaux, p. 65, 77, 101.)

Leçons cliniques sur plusieurs cas d'hépatite suppurée ; des quatre abcès, l'un s'est ouvert spontanément sur le côté droit du thorax ; deux autres à peu de distance de l'épigastre ; le quatrième dans la plèvre, ce qui a déterminé la mort du malade. — M. Bertulus insiste surtout sur les propositions suivantes : — La chaleur atmosphérique n'est pas la cause principale des affections du foie ; il faut mettre au-dessus le génie intermittent et l'abus des excitants gastriques et des liqueurs fortes. — Sous toutes les latitudes, les hommes sont plus sujets à ces maladies que les femmes ; ne serait-ce pas parce que l'intempérance est plus commune chez les premiers ? — La fièvre jaune laisse après elle une prédisposition à l'hépatite. — L'abus des liqueurs fortes est la principale cause de l'hépatite dans le nord de l'Europe. — L'hépatite peut aussi être due à des causes diathésiques. — Il y a des hépatites latentes.— La consomption de la phthisie hépatique est souvent le résultat de l'inflammation latente du foie.—L'au-

teur passe ensuite en revue les signes différentiels de l'hépatite et de la fièvre bilieuse, de la gastro-entérite et de la duodénite. — Les hémorroïdes ont une heureuse influence pour prévenir les maladies du foie.

De l'hépatite dans les pays chauds, par M. L. Ballen. (Thèses de Paris, nº 85.)

Hépatite avec abcès s'ouvrant dans les bronches, par M. Max Simon. (Bulletin général de Thérapeutique, t. LVII, p. 289, 345.)

Cet article contient des généralités sur les maladies du foie; — une observation d'hépatite suppurée, avec abcès s'étant ouvert dans les bronches; — des considérations sur la contusion traumatique du foie et sur le traitement des abcès qui en sont la suite.

Cirrhose du foie, par M. Sappey. (Académie de médecine, 8 mars, et Société de biologie, 2 avril.)

Le mémoire de M. Sappey a pour but de déterminer la voie par laquelle le sang de la veine porte est ramené dans la veine cave inférieure, lorsqu'il ne trouve plus un libre passage à travers le foie. L'auteur conclut de ce travail : — 1º Qu'il n'existe aucun fait bien authentique de persistance de la veine ombilicale chez l'adulte, et que tous les faits qui ont été considérés comme attestant cette persistance doivent être considérés, au contraire, comme autant d'exemples de dilatation avec hypertrophie de l'une des veinules comprises dans le ligament suspenseur du foie; — 2º Que cette veinule, en se dilatant et s'hypertrophiant, amène la dilatation et l'hypertrophie des veines avec lesquelles elle s'anastomose, et devient ainsi le point de départ d'une grande voie dérivative qui s'étend du sinus de la veine porte vers la veine principale du membre inférieur; — 3º Que cette voie dérivative est parcourue par le sang de haut en bas, et non de bas en haut ainsi que l'avaient pensé et le pensent encore tous les auteurs; — 4º Qu'elle peut suivre tantôt les veines sous-aponévrotiques, et tantôt les veines sous-cutanées de l'abdomen; que dans le premier cas il ne se développe sur son trajet ni varices, ni tumeurs variqueuses; que dans le second, au contraire, on voit presque toujours une ou plusieurs de ces tumeurs se produire; — 5º Que le courant veineux dirigé du foie vers la veine crurale accuse sa présence par un frémissement perceptible à la main, et par un murmure continu perceptible au stéthoscope; — 6º Enfin, que l'existence de ce courant peut être considérée, dans la très-grande majorité des cas, bien qu'il accuse toujours une cirrhose ancienne

et incurable, comme un signe favorable, puisqu'il écarte la crainte d'une hydropisie abdominale.

De la cirrhose du foie, par M. Forget. (Union médicale, t. I, p. 133, 180.)

L'auteur cite plusieurs faits et résume ainsi le résultat de ses recherches : — La cirrhose du foie est une maladie dont le diagnostic repose principalement sur deux signes : l'un indirect, l'ascite ; l'autre négatif, l'absence de cause appréciable. — La teinte ictérique et le réseau veineux abdominal, lorsqu'ils existent, sont des signes indirects des plus précieux. — Il existe une cirrhose d'emblée, primitivement chronique et sans augmentation appréciable du volume du foie, et une cirrhose secondaire précédée de symptômes aigus et d'un gonflement notable de la glande hépatique.— Les caractères anatomiques de la cirrhose, bien que variables, sont assez faciles à reconnaître pour les praticiens qui ont l'habitude des autopsies. — Les caractéres microscopiques de la cirrhose, vagues et incomplets, ne sont d'aucun secours pour la pratique, et n'éclairent que très-peu l'anatomie pathologique de cette affection.—Dans toutes les formes de la cirrhose, les éléments cliniques du diagnostic sont les mêmes. — Même dans les cas de complication, la cirrhose a des caractères cliniques qui permettent de la distinguer des autres éléments étiologiques conjoints.— Si la cirrhose confirmée est incurable, l'ascite qui en résulte peut être combattue avec succès, sauf récidive plus ou moins prochaine.

Altération lardacée ou cireuse du foie, par M. Charcot. (Société de biologie, août; Gazette médicale, p. 649.)

La même altération siégeait dans la rate et dans l'un des reins ; absence de corpuscules amyloïdes dans les parties altérées ; point de coloration bleue par l'action combinée de la teinture d'iode et de l'acide sulfurique. — M. Charcot range cette lésion à côté de la cirrhose.

Anatomie pathologique d'un foie, par M. F. Guyon. (Gazette médicale, p. 297.)

Aucun renseignement clinique. — L'étude anatomique a montré qu'il existait dans le foie des productions épithéliales multiples disséminées dans toute l'étendue du parenchyme hépatique.

Calcul biliaire d'un volume considérable tombé dans le tube digestif, par M. H. Bourdon. (Société médicale des hôpitaux, 13 avril, et Union médicale, t. II, p. 430 et 449.)

Femme de soixante trois ans; la maladie dure depuis cinq mois; elle a présenté, comme phénomènes remarquables, une diarrhée abondante et incoercible, avec ténesme douloureux. — Le traitement institué par M. Bourdon, composé surtout d'astringents et d'opiacés, paraît avoir un bon résultat; mais quelques jours après, les symptômes deviennent plus graves : hoquet, vomissements verdâtres, selles sanguinolentes, pouls à 100, anxiété très-grande. — Mort. — A l'autopsie, pas de péritonite : toutes les lésions sont localisées dans la vésicule biliaire et l'intestin. Le côlon, dans le point où il change de direction pour devenir transverse, est adhérent à la vésicule par des brides fibreuses très-solides et très-anciennes; entre le côlon et la vésicule il y a une poche, une espèce de cloaque contenant de la sérosité; les deux viscères s'ouvrent largement dans cette poche; la muqueuse intestinale est hypertrophiée tout autour. En ouvrant l'intestin avec soin, on découvre au niveau de l'S iliaque un calcul biliaire du volume et de la forme d'un œuf de poule. Au-dessous du point où le calcul est arrêté, la fin de l'S iliaque et le rectum sont enflammés d'une manière chronique, et présentent toutes les lésions de cet état inflammatoire, avec un rétrécissement considérable de leur calibre. Le foie a subi la dégénérescence graisseuse.

Calculs biliaires. — Tumeur et fistule à la région ombilicale, par M. Drouineau. (Société de chirurgie, 1er juin.)

Femme de soixante-cinq ans, ayant des troubles de la digestion dus à l'usage immodéré des boissons spiritueuses; en 1857, les douleurs deviennent plus vives que d'habitude; on constata à cette époque, dans la région ombilicale, l'existence d'une tumeur grosse comme le poing, dure, douloureuse à la pression; plus tard, cette tumeur s'enflamma, devint fluctuante, fut ouverte et donna issue à une certaine quantité de pus de bonne nature. — La plaie, malgré un traitement convenable, resta fistuleuse; quelque temps après, par l'orifice de la fistule, il sortit spontanément un petit calcul biliaire, ce qui s'est renouvelé un grand nombre de fois pendant six mois. — La malade s'amaigrit de plus en plus et succomba à un ictère grave, qui se montra subitement. — A l'autopsie, on trouva, à la place de la vésicule biliaire presque complétement détruite, une petite poche contenant un calcul biliaire. Il y avait eu rétention complète de la bile. — Le foie en était infiltré et la résorption de ce liquide a amené la mort.

— M. Huguier rappelle, à ce propos, un abcès qu'il avait ouvert près du pubis ; il en était résulté un trajet fistuleux, dans lequel le cathétérisme fit découvrir un corps dur qui n'était autre chose qu'un calcul biliaire.

Quelques points de l'histoire des calculs biliaires, par M. Fauconneau-Dufresne. (Union médicale, t. II, p. 489.)

Cet article, publié à l'occasion des deux faits précédents, met en évidence les détails curieux de ces observations; l'auteur cite en outre quelques cas analogues.

Observation d'iléus causé par un calcul biliaire, par M. Peebles. (Edinburgh medical Journal et Gazette hebdomadaire, p. 445.)

Calcul biliaire évacué à travers une perforation des parois abdominales, par M. Mackinder. (British medical Journal et Gazette hebdomadaire, p. 445.)

Migration d'un calcul biliaire à travers les parois abdominales, par M. Ad. Siry. (Union médicale, t. III, p. 298.)

Un calcul a pénétré dans l'appendice cœcal, l'a perforé, est tombé dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, dont il a provoqué la suppuration jusqu'au moment où il est parvenu à l'extérieur.

Calculs biliaires; altérations et symptômes qu'ils produisent, par M. B. Pauly. (Thèses de Paris, nº 260.)

Ictère épidémique observé en 1858 *à la Martinique,* par M. Ballot. (Gazette des hôpitaux, p. 262.)

Relation d'une épidémie d'ictère s'étant développée au milieu d'une constitution médicale essentiellement bilieuse, à la Martinique et principalement à Saint-Pierre.

Ictère tenant à un cancer du duodénum, par M. Laborde. (Société de biologie, juin.)

M. Laborde a rapporté l'observation d'un ictère ayant longtemps persisté chez un vieillard. A l'autopsie, on trouva les canaux biliaires, et le canal cholédoque surtout, énormément dilatés par le séjour de la bile ; l'obstacle à l'écoulement de ce liquide se trouvait manifestement dans une dégénérescence cancéreuse du duodénum qui fermait l'orifice du canal cholédoque.

De l'ictère hémorrhagique essentiel, par **M. Monneret.** (Progrès, p. 57, 169.)

L'auteur substitue ce nom à ceux d'ictère grave spasmodique, malin ou essentiel, et regarde cette affection sporadique d'Europe, sinon comme identique, du moins comme une espèce appartenant au même genre que la fièvre bilieuse intertropicale et la fièvre jaune; mais quant à la fièvre jaune d'Irlande, observée par MM. Graves et Arrott, l'absence des hémorrhagies et des congestions viscérales l'empêche d'être édifié sur son rapprochement avec la fièvre jaune. — Après des symptômes initiaux vagues et tout à fait généraux, et de l'embarras gastrique, surviennent, au bout de cinq à huit jours, les deux symptômes caractéristiques par leur réunion de la maladie, l'ictère et les hémorrhagies : le premier a bientôt une teinte orangée ou verdâtre; en fait d'hémorrhagies, la plus fréquente est l'épistaxis, mais on observe aussi un suintement sanguin par la bouche, l'hématémèse, des selles sanglantes, des hémorrhagies cutanées, la congestion oculaire, l'hémoptysie, des urines sanglantes, l'hémorrhagie méningée, enfin (dans un cas observé par l'auteur) une hémorrhagie de la parotide suivie de suppuration. Les troubles digestifs sont hors de toute proportion avec les symptômes généraux, qui, et particulièrement ceux qui dénotent une adynamie profonde, l'emportent sur tous les autres accidents. Il y a presque toujours cette figure épanouie, signalée par Laënnec pour les acéphalocystes du foie, et nommée *facies erecta*, dans laquelle les traits au lieu d'être ramenés vers la ligne médiane, comme dans le facies hippocratique, sont tirés vers la périphérie et expriment un contentement qui contraste avec la gravité de la maladie et la terminaison mortelle imminente. La cyanose et l'algidité se montrent vers les derniers jours de la maladie. Il n'y a de fièvre, et encore peu intense, que vers la même époque. — Les lésions observées au foie sont très-variables; souvent il est un peu hypertrophié et congestionné ; dans un seul cas, l'auteur y a trouvé partiellement les granulations jaunes hypertrophiées qu'on observe dans la fièvre jaune; parfois aussi, il y a atrophie des cellules hépatiques. On rencontre d'ailleurs dans tous les viscères, à différents degrés, les vestiges de congestion ou d'hémorrhagie. — Quant à la nature de la maladie, l'auteur dit qu'elle consiste indubitablement en une lésion de la sécrétion biliaire et une altération du sang. Si l'étiologie de la maladie est obscure, le traitement n'en est guère mieux connu : un seul des cas cités par M. Monneret se termina par la guérison. La médication tonique paraît seule avoir une influence heureuse; les boissons glacées et acidules, les oranges, les sucs de citron, les lotions vinaigrées, paraissent rendre quelques services : enfin, il faut nourrir les malades à

toutes les époques de la maladie, et cela spécialement avec des bouillons et du vin.

De l'ictère grave essentiel, par M. Genouville. (Thèses de Paris, n° 55.)

Travail contenant l'histoire complète de cette affection.—Pour M. Genouville, la lésion du foie, réputée caractéristique, manque dans un certain nombre de cas, et il n'existe aucun rapport entre l'étendue de l'altération et la gravité des phénomènes morbides; l'ictère grave doit être rangé à côté de la maladie de Bright, parmi ces affections générales dans lesquelles on rencontre deux ordres d'altérations, l'une localisée dans un organe, l'autre affectant probablement la crase sanguine. — L'ictère grave débute parfois d'emblée, ou bien encore pendant le cours d'une jaunisse jusqu'alors bénigne; les accidents qui se manifestent sont, outre la coloration ictérique, des vomissements bilieux parfois opiniâtres, du hoquet, une douleur vive dans l'hypocondre droit, de la constipation, des exhalations sanguines à la surface des muqueuses, des épanchements sanguins dans l'intérieur même des tissus; puis surviennent à la fin des convulsions, des paralysies, du délire et du coma. La durée de la maladie est variable suivant la longueur de la période prodromique; il est rare qu'il s'écoule plus d'une semaine entre l'apparition de tous ces symptômes et la terminaison de la maladie.—M. Genouville a mis le plus grand soin à décrire les modifications diverses que présente le foie, et dans son aspect extérieur et dans sa structure intime; il signale aussi des lésions analogues du côté des reins.—Revue et critique des différentes opinions émises sur l'ictère grave: toutes reposent sur des données hypothétiques.—Quinze observations nouvelles personnelles à l'auteur ou tirées des recueils étrangers.

Du ramollissement aigu du foie, par M. Deligeannis. (Thèses de Paris, n° 188.)

De l'ictère grave, par M. Hérard. (Société médicale des hôpitaux, 12 janvier; Union médicale, p. 419 et 429.)

M. Hérard rapporte deux observations d'ictère grave; dans les réflexions qui suivent, il rappelle les opinions émises sur l'altération du foie; il pense qu'on a accordé trop d'importance à la lésion hépatique dans l'ictère grave; il faut la considérer comme un simple effet d'une cause plus générale, et non comme une lésion première, à laquelle viendraient se rattacher les principaux phénomènes fonctionnels.

Dans la discussion engagée sur ce mémoire à la Société des hô-

pitaux, on a rappelé plusieurs particularités de l'histoire de l'ictère grave.

— M. *Blache* dit qu'il n'a pas observé l'ictère grave chez les enfants.

M. *Natalis Guillot* : J'observe souvent, chez les enfants très-jeunes, des ictères qui ne sont pas l'*ictère des nouveau-nés*. Les enfants arrivent à Necker avec une teinte jaune et de la bouffissure ; le sang sort par le nez, et le moindre contact fait saigner les lèvres, les yeux et même les oreilles. Il se fait aussi des hémorrhagies par les plaies des vésicatoires, et même par l'intestin, si l'on donne des purgatifs. Les linges sont colorés par une urine très-rouge ; mais je ne crois pas que les urines contiennent du sang. Ces enfants suffoquent très-rapidement. Après la mort, on trouve des épanchements sanguins dans une foule d'organes. Il semble qu'il se soit fait à la fois dans toutes les parties du corps une congestion de sang et une accumulation de bile.—On doit donc admettre que l'ictère grave est assez commun dans le premier âge, tandis qu'il est très-rare chez les enfants au-dessus de deux ans.

Atrophie jaune aiguë du foie chez un enfant, par M. Mayr. (Gazette hebdomadaire, p. 555.)

Enfant de vingt et un mois. — Ictère intense, cyanose, météorisme, respiration stertoreuse, coma. Mort au bout de trois heures. A l'autopsie, on a noté dans le foie la dilatation des gros vaisseaux, l'obstruction d'un grand nombre de petits vaisseaux, la perméabilité des conduits cholédoque et hépatique, la destruction des cellules hépatiques, l'atrophie de l'organe.

Dégénérescence graisseuse et ramollissement aigu du foie, par M. L. Marq. (Journal de médecine de Bruxelles, juillet, et Gazette hebdomadaire, p. 555.)

Une observation. — Les symptômes sont identiques à ceux qu'on a généralement notés. — Le foie n'est pas atrophié ; il est ramolli ; dans le liquide qui en coule, on trouve beaucoup de graisse émulsionnée.

Atrophie aiguë du foie. — Guérison, par M. Schnitzler. (Deutsche Klinik, n° 28, et Gazette hebdomadaire, p. 557.)

Cette observation, remarquable par la disparition des symptômes et le rétablissement de la malade, doit être rapprochée d'une observation de M. Fritz (Gaz. méd. de Paris, 1858, n° 21).

Atrophie aiguë jaune du foie, par M. Bamberger. (Verhandlungen der phys. Medizin, et Gazette médicale de Paris, p. 21.)

Une observation. — Lésions ordinaires ; la destruction des cellules biliaires se voyait surtout à la périphérie des lobules, tandis que les cellules du centre étaient fortement colorées en jaune. — L'auteur cherche à expliquer la rétention de la bile dans les cellules sécrétoires ; il pense qu'elle est due à l'obstruction des canaux biliaires périlobulaires par les débris des cellules détruites.

Traitement des tumeurs hydatiques du foie par les ponctions capillaires et par les ponctions suivies d'injections iodées, par M. Boinet. (Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale, p. 59, et Paris, imprimerie Didot, in-8, 30 pages.)

Les observations rapportées suggèrent plusieurs réflexions pratiques relatives soit aux procédés suivis, soit à la marche de la maladie. — M. Boinet les résume ainsi : — D'abord elles établissent que de simples ponctions capillaires uniques ou successives, sans injection iodée, peuvent amener à elles seules la guérison radicale des kystes hydatiques du foie, si le liquide est limpide ; elles prouvent encore qu'on peut, sans danger aucun, revenir aux ponctions capillaires aussi longtemps que le liquide est transparent, et que, si quelquefois des accidents ont eu lieu à la suite de ces ponctions, c'est que toutes les précautions pour les éviter n'ont pas été prises. Elles nous apprennent ensuite que le liquide, qui était limpide à une première, deuxième, troisième ponction, peut devenir trouble, purulent, après les ponctions capillaires, et que ces changements observés dans le liquide des kystes sont une indication importante pour recourir immédiatement aux injections iodées ; qu'on peut dans ces cas essayer d'abord de faire une injection iodée, et la laisser dans le kyste de huit à dix minutes seulement : cette manière de faire a donné des guérisons. On pourrait, il est vrai, sans grand inconvénient, abandonner le liquide iodique dans le kyste ; mais cette pratique, quoique susceptible d'amener la guérison, peut faire naître certains phénomènes plus ou moins intenses d'ivresse iodique, qu'il est toujours bon d'éviter. Le meilleur moyen dans les kystes hydatifères purulents, renfermant des acéphalocystes mortes, et, par conséquent, voués à la récidive, est de faire la ponction avec un gros trocart et d'employer la sonde à demeure, suivant les règles que nous avons formulées, pour vider le kyste, le laver, favoriser la sortie des acéphalocystes, et répéter les injections iodées. — Il reste donc démontré, par tous ces faits, que les ponctions faites soit avec un trocart capillaire, soit avec un gros

trocart, remplacé par une sonde élastique, n'offrent aucun danger soit immédiat, soit consécutif, que des adhérences existent ou non entre la poche et les parois abdominales, et qu'on obtient encore assez souvent des guérisons là où l'art était considéré comme impuissant.

Traitement des kystes hydatiques du foie, par **M. Boinet.** (Gazette hebdomadaire, p. 394.)

Quelques détails conformes à ce qui est énoncé dans le mémoire précédent.

Kyste hydatique considérable du foie. — Ponction palliative avec le trocart capillaire. — Péritonite consécutive mortelle en vingt-huit heures, par **M. Moissenet.** (Gazette des hôpitaux, p. 161.)

Cette observation se trouve avec détails dans le mémoire suivant, que M. Moissenet a publié à propos même de ce fait.

De la ponction avec le trocart capillaire, appliquée au traitement des kystes hydatiques du foie, par **M. Moissenet.** (Archives générales de médecine, février, p. 144.)

M. Moissenet avait dans son service un homme de quarante-deux ans, affecté d'un kyste hydatique considérable du foie, qui avait amené un amaigrissement prononcé, et obligeait le malade à se tenir assis dans son lit. M. Moissenet fit une ponction avec un trocart du plus petit calibre ; il retira un peu de liquide, et enleva avec soin la canule, dans l'intention de recommencer cette petite opération les jours suivants, et d'obtenir ainsi, à l'exemple d'autres chirurgiens, la guérison d'une maladie qui paraissait devoir se terminer par la mort si l'art n'intervenait pas. — A la suite de cette ponction si simple, faite avec prudence, le malade eut une péritonite, à laquelle il succomba en vingt-huit heures ; les lésions propres à la péritonite ont été trouvées à l'autopsie. Quant à la cause de cette inflammation, M. Moissenet l'attribue à l'épanchement d'une certaine quantité du liquide contenu dans le kyste, épanchement qui a dû se faire au moment où l'on retirait la canule. — A la suite de cette observation, M. Moissenet publie une note, dans laquelle il étudie la ponction capillaire appliquée aux kystes hydatiques du foie. — Il y a trois sortes de ponctions capillaires applicables au traitement des kystes hydatiques. — 1° La ponction simple, sans évacuation consécutive, qui a pour but de tuer les entozoaires, et qui les abandonne ensuite aux forces vives de l'organisme. Cette opération n'a pas été mise en pratique, que je sache du moins. — 2° La ponction suivie de l'évacuation d'une petite quantité de liquide, suffisante pour

l'examen, qui a pour but d'éclairer un diagnostic douteux. — 3° La ponction *évacuatrice*, au moyen de laquelle on vide aussi complétement que possible la poche hydatique. — Ces ponctions se pratiquent avec l'instrument connu sous le nom de *trocart capillaire* ou *explorateur*. L'aiguille à cataracte ou celle à acupuncture sont en général réservées pour les ponctions simple et exploratrice. — La ponction ne peut être appliquée aux kystes hydatiques comme aux kystes ovariques dans un but palliatif. Tandis que ces derniers peuvent être évacués plusieurs fois, à des intervalles plus ou moins éloignés, sans modification notable de leur vitalité, les kystes hydatiques, sous l'influence de la moindre piqûre, subissent plus ou moins rapidement une altération profonde, accompagnée de la mort de l'entozoaire; or, celle-ci entraîne fatalement la guérison ou la mort du malade.—La guérison peut avoir lieu après une seule ponction et sans aucun symptôme appréciable ; après deux ou trois ponctions et le développement d'accidents inflammatoires, qui nécessitent un traitement antiphlogistique plus ou moins énergique; ou l'abandon immédiat des ponctions capillaires et la mise en œuvre d'un traitement capable de débarrasser plus promptement la poche hydatique de matières purulentes ou septiques, susceptibles d'empoisonner l'organisme tout entier. — A chaque ponction d'un même kyste hydatique, on constate des changements notables dans la couleur, la consistance et l'odeur du liquide évacué, qui, de limpide, incolore, et non albumineux, qu'il était d'abord, devient successivement rosé, jaune ambré, mêlé de sang ou de bile, louche, albumineux, gras, purulent, fétide. — Lorsque ces accidents de suppuration kystique ne surviennent pas au bout d'une dizaine de ponctions capillaires, il y a lieu de penser que la tumeur opérée est un kyste séreux plutôt qu'un kyste hydatique proprement dit. — La mort par suppuration du kyste et infection purulente peut être la conséquence d'une simple ponction exploratrice. — La ponction exploratrice ou palliative peut déterminer la péritonite par épanchement dans la séreuse abdominale d'une certaine quantité du liquide hydatique. Cette péritonite, toujours mortelle, peut être entravée dans sa marche ou déterminer la mort en quelques heures. — La ponction évacuatrice avec le trocart capillaire est moins dangereuse que la ponction exploratrice; du moins jusqu'ici n'a-t-on consigné dans les annales de la science aucun exemple de mort par le seul fait de cette opération et de ses conséquences immédiates. C'est par elle que les cas de guérison cités ont été obtenus. Faite avec le trocart ordinaire, la canule étant retirée immédiatement après l'évacuation de la poche, cette opération a déterminé, dans deux cas de kystes hydatiques multiples, la mort dans les premières heures, soit par phlegmasie du kyste, soit par péritonite. — La ponction

évacuatrice, avec le trocart capillaire, ne doit être appliquée aux kystes hydatiques que lorsque ceux-ci ont une tendance bien manifeste à se porter au dehors, et lorsqu'ils gênent le libre exercice des fonctions des organes au milieu ou dans le voisinage desquels ils se développent. — Dans ces conditions, et même en l'absence d'adhérences aux parois abdominales, la ponction capillaire évacuatrice peut être appliquée d'emblée aux kystes acéphalocystes, lorsque rien ne s'oppose à ce que ces kystes soient complétement évacués. Mais, lorsque l'état de faiblesse excessive du malade et le volume énorme de la tumeur font prévoir que l'évacuation ne pourra être faite que peu à peu, à diverses reprises, il faut avant tout chercher à produire des adhérences solides entre le kyste et les parois abdominales par l'application de cautères profonds sur la partie la plus saillante de la tumeur, tant pour pratiquer, sans danger de péritonite, la ponction capillaire, que pour être en mesure d'adopter plus tard telle autre méthode de traitement qui paraîtra plus convenable. — La guérison des kystes hydatiques ayant été obtenue quelquefois par les ponctions capillaires seules, nous ne pouvons apprécier la valeur curative des injections iodées pratiquées dans d'autres cas analogues, à la suite de ces ponctions. — La seule conséquence légitime que nous puissions déduire des faits dans lesquels ces injections ont pu être pratiquées fréquemment et largement, à travers des canules volumineuses, c'est qu'elles sont antiseptiques pour les kystes hydatiques comme pour les autres foyers d'infection avec lesquels, jusqu'à ce jour, elles ont été souvent mises en contact. — La bile paraît avoir cette même propriété désinfectante, soit qu'elle coule directement du foie dans les acéphalocystes qui y sont contenues, soit que l'on emploie la bile de bœuf pour injecter les kystes hydatiques communiquant à l'extérieur. Mais aucun fait jusqu'à ce jour ne me semble établir d'une manière positive l'action curative de ce fluide animal sur les hydatides.

Du traitement des tumeurs hydatiques du foie par les ponctions capillaires et par les ponctions suivies d'injections iodées, par M. L. Emile. (Thèses de Paris, n° 5.)

Traitement des kystes hydatiques du foie, par M. Leudet; rapport par M. Gillette. (Société médicale des hôpitaux, 8 juin; Union médicale, t. III, p. 197 et 203.)

M. Leudet a vu à Rouen un assez grand nombre de kystes du foie, et il pense que les hydatides sont plus fréquentes dans cette localité qu'elles ne le sont à Paris et même dans le reste de la Normandie. L'auteur expose la marche de la maladie et énumère avec des exemples les terminaisons des kystes : compression des

organes voisins, purulence sans ouverture et ses accidents, ouverture spontanée à l'extérieur ou dans les organes voisins, guérison spontanée (très-rare). — M. Leudet donne la préférence au procédé de Récamier, qui a l'avantage d'établir des adhérences. Il fait une ponction exploratrice avec un trocart capillaire, après les applications de caustique. Il fait des injections avec des liquides différents ; les injections iodées ne lui paraissent pas indispensables. — Plusieurs observations. — Discussion à la Société médicale des hôpitaux. M. *Hervez de Chégoin* cite un exemple de guérison de kyste hydatique du foie, qu'il attribue à des purgatifs énergiques et répétés. Plusieurs membres de la Société donnent une autre explication de ce fait. — M. *Dutroulau* cite la thèse de M. Guéraud sur la maladie hydatique des Islandais : cette maladie attaque le septième des femmes de l'Islande. M. *Guérard* dit que la production si fréquente des kystes hydatiques du foie en Islande est attribuée à l'usage du lait caillé conservé. N'en pourrait-il pas être de même en Normandie, où l'on sait que cet usage est aussi très-répandu?

Kystes hydatiques du foie, par M. Demarquay. (Gazette des hôpitaux, p. 81.)

Il est dit que M. Demarquay opère avec un trocart assez mince, plus fort cependant qu'un trocart explorateur. — Dans un cas, une seule ponction a suffi pour guérir un malade, qui avait un kyste assez volumineux. Dans deux autres cas, une injection iodée, après avoir réduit le kyste, a amené la guérison. Dans un quatrième cas (le seul dont les détails soient publiés), la ponction simple et les injections iodées ont été insuffisantes ; la guérison a été obtenue par l'ouverture du kyste, à l'aide de la poudre de Vienne et des injections iodées.

Kyste hydatique du foie. — Collapsus permanent du kyste à la suite d'une ponction, par M. William Budd. (British medical Journal, 2 avril.)

Ponction d'un kyste hydatique, non suivie d'injection. — Aucun accident ne suivit la ponction ; le malade se rétablit promptement; deux mois après, le kyste ne s'était pas rempli et la guérison persistait.

Des échinocoques du foie, par M. Bouchut. (Gazette des hôpitaux, p. 86, 97.)

Clinique de M. Bouchut sur les kystes hydatiques du foie. L'auteur insiste surtout sur les échinocoques, dont il donne une ex-

cellente description, d'aprés les travaux les plus modernes. — Il est partisan de la ponction exploratrice, pour établir le diagnostic d'une manière précise : le liquide, dans ces cas, est clair et limpide comme de l'eau de roche, légèrement salé; sans traces d'albumine, avec dépôt d'entozoaires sous forme de grains blanchâtres très-fins au fond du vase, qui ne sont autre chose que des échinocoques faciles à distinguer au microscope. — Ce dernier caractère, qui, suivant M. Bouchut, n'a pas encore été signalé, aurait une grande importance. — Procédé de Récamier, employé chez deux petites malades. — Les échinocoques ne sont pas rares dans l'enfance. — Les observations rapportées sont ainsi résumées : — 1° Echinocoques du grand lobe du foie formant une tumeur considérable. — Inflammation du kyste. — Communication avec l'intestin par les canaux biliaires et le canal cholédoque dilatés. — Marasme. — Mort. — 2° Échinocoques du foie. — Ponction donnant issue à une sérosité limpide tenant en suspension des échinocoques. — Injection iodée. — Sortie prématurée de l'enfant. — Résultat incomplet.

Acéphalocystes du foie au nombre de plus de quatre cents. — Expulsion par une ouverture artificielle, par M. Lemaire. (Union médicale, t. III, p. 251.)

Il est sorti 400 acéphalocystes, en ne tenant compte que de ceux dont le volume égalait au moins un grain de raisin assez fort. — La malade avait déjà des accidents graves, quand M. Lemaire la vit; outre les autres signes, il constata le frémissement hydatique. Applications de pâte de Vienne et ouverture du kyste; liquide séreux et purulent; imprudences de la malade; vomissements d'une injection d'orge miellée et d'un kyste, d'où il faut conclure qu'il a existé une ouverture du kyste dans un point du tube digestif. La malade a succombé aux phénomènes purulents.

Kyste hydatique du foie ouvert dans les conduits biliaires, (Bullettino delle scienze med. di Bologna, décembre 1858.)

Un jeune homme, bien portant jusque-là, fut atteint, à la suite d'une violente émotion, d'un ictère qui persista, s'accompagnant de tension de l'hypocondre droit et de l'épigastre. Puis il se déclara un frisson intense avec vive sensibilité des mêmes parties, vomissements, urines rares et safranées, enfin chaleur générale. Deux autres accès semblables se succédèrent à peu de jours de distance, et pendant le dernier, le malade vomit un corps membraneux (lequel fut reconnu pour une hydatide rompue) et une autre hydatide intacte sphéroïdale, presque du volume d'un œuf

de pigeon, à parois transparentes, et remplie d'un liquide limpide, incolore, contenant de très-petits filaments. Les accès continuérent ; mais après deux purgations à l'eau de Sedlitz, il sortit par l'anus, une première fois dix ou douze kystes hydatiques, les uns rompus, la plupart intacts, de la grosseur d'une graine de raisin, et la seconde fois quarante de ces mêmes corps. La guérison ne tarda pas à avoir lieu : elle est depuis deux ans restée complète.

Etude sur une maladie complexe de la rate, par M. Monneret. (Archives générales de médecine, novembre, p. 513, et Union médicale, t. III, p. 331.)

Les principaux symptômes avaient été, pendant la vie, l'altération profonde de la nutrition générale et l'altération du sang, qui a cessé peu à peu de se faire ; l'inatiation marquée par l'exténuation des muscles et résultant tout à la fois de la suspension complète de la digestion gastrique et de la fonction élaboratrice que possède la rate. — Le malade n'avait jamais eu de fièvre intermittente; les lésions ne se rapportent ni à la mélanémie, ni à la leucocythémie, ni à la maladie d'Addison, ainsi qu'on le verra par la description suivante : — 1° La presque totalité de la rate est constituée par une altération de texture produite par une forte combinaison du sang avec le tissu propre, qui est dur, résistant, non friable, d'un rouge clair, et qui laisse apercevoir facilement tous les éléments normaux de la rate. — 2° Dans plusieurs points, le sang est extravasé sous forme de granulations noires, et, dans d'autres, infiltré, en masses noires de 1 à 2 centimètres, qui sont parfaitement circonscrites et entourées de tissu splénique induré. — 3° La plus curieuse de toutes les altérations est la suivante : à la partie supérieure de l'organe, tout le parenchyme, dans l'étendue de 6 centimètres carrés, est converti en une masse dure, d'un rouge clair, tout à fait semblable par sa couleur et sa consistance à la pneumonie parvenue au troisième degré. En y regardant de plus près, on voit très-distinctement que la fibrine s'est infiltrée dans les éléments constitutifs de la rate, et qu'elle y forme des indurations partielles tout à fait comparables à celles de la pneumonie lobulaire au troisième degré. En examinant ce tissu au microscope, on s'assure qu'il est composé de fibrine infiltrée sous la forme que j'ai décrite sous le nom de *fibrine en plaques*, et qui est si évidente dans les fausses membranes. Le tissu splénique a été entièrement étouffé par cet élément morbide auquel n'est mêlé aucun globule de pus. Dans quatre autres points, on retrouve la même altération, mais les masses indurées ne dépassent pas 1 à 3 centimètres d'étendue. — 4° La quatrième lésion est caracté-

risée par la formation en huit à dix points d'un pus épais, crémeux et très-blanc, qui a fini par s'enkyster et par produire de petits abcès parenchymateux. — 5° Dans huit à dix endroits différents, on rencontre des traînées blanchâtres, constituées par une matière à demi concrète qui s'est développée dans les vaisseaux principaux de la rate, d'où le scalpel l'enlève aisément. Le microscope y révèle l'existence de globules de pus et d'une assez grande quantité de matière grasse. Il n'existe nulle part de ramollissement ni d'autre altération de texture.

La même observation se retrouve dans la Gazette des Hôpitaux, p. 538, sous le titre de *Splénite chronique.*

Abcès de la rate, par M. Salerno. (Il Filiatre sebezio, et Gazette médicale de Paris, p. 832.)

Les symptômes avaient été : douleur épigastrique vive, avec une sensation de froid dans tout le corps ; peau jaune pâle, léger trouble du pouls. — A l'autopsie, on trouva la rate entourée d'adhérences fortes et tenaces, son volume petit, périphérie dure, fluctuation au centre ; une incision en fit sortir un pus fétide et de couleur lie de vin.

De la rupture de la rate, par M. Playfair. (Edinburgh medical Journal, et Gazette médicale de Paris, p. 107.)

Dans l'Inde, l'auteur a trouvé vingt cas de rupture de la rate chez des individus ayant une hypertrophie de cet organe, sous l'influence des effluves marécageuses. — La rate, dans ces circonstances, est très-friable et ramollie. Le moindre choc, et même la contraction soudaine des muscles abdominaux, suffit pour en déterminer la rupture. Hémorrhagie qui cause la mort aussi rapidement que s'il s'agissait de l'ouverture de la carotide.

Efficacité de l'aigremoine dans les angines pharyngiennes, par M. Feitchmann. (Union médicale, p. 52.)

Les personnes qui transpirent facilement, et celles que leur profession appelle à parler en public ou à chanter, sont souvent atteintes d'une affection chronique de la muqueuse de l'arrière-bouche. Suivant M. Feitchmann, cette affection céderait facilement à l'usage d'un gargarisme composé d'une décoction d'aigremoine. Cette décoction doit être préparée avec 15 grammes d'aigremoine pour 350 grammes d'eau, que l'on fait réduire à 250 ; elle doit être employée tiède et toutes les heures.

Traitement des angines par des gargarismes à l'eau froide, par M. Blanc. (Union médicale, t. III, p. 434.)

Ces gargarismes doivent être répétés vingt ou trente fois par heure, si on peut, et continués jusqu'à la disparition des plaques et de la douleur. Dans les cas les plus simples, l'auteur emploie concurremment les sinapismes et la demi-diète, et, dans les cas les plus graves, la saignée ou les sangsues et la diète absolue. Pour boisson, le malade avale, à sa volonté, quelques gorgées de son gargarisme. Chez les enfants, le gargarisme est remplacé par des lotions dans la gorge, pratiquées avec un pinceau trempé dans l'eau froide, et répétées aussi souvent que possible. M. Blanc n'a jamais ni cautérisé ni rien ajouté à l'eau froide.

Emploi de l'iode dans une épidémie d'angines gangréneuses, par M. Silva. (Union medicale de la Gironde, août.)

Après avoir essayé inutilement l'application topique des acides chlorhydrique, sulfurique, nitrique, du nitrate d'argent et du perchlorure de fer, l'auteur en vint à celle de teinture d'iode, dans le but de déterminer une inflammation aiguë franche, en remplacement de cette phlegmasie gangréneuse, sans mortifier les tissus comme font les caustiques : des gargarismes ou des collutoires alunés en tempéraient l'effet ; enfin un traitement interne et un régime fortifiant étaient aussi employés. C'est dans les cas où l'iode était employé à titre d'abortif qu'il montra les plus beaux résultats.

Angine gangréneuse, par M. Duhamel. (Gazette des hôpitaux, p. 576.)

Enfant de sept ans, convalescente de dysentérie. — Elle était très-faible. — L'amygdale gauche s'est sphacélée et la malade est morte en trente-six heures, sans aphonie et sans engorgement des ganglions.

Angine maligne, par M. Duchesne-Duparc. (Gazette médicale de Paris, p. 446.)

L'auteur rapporte l'histoire d'une angine maligne dont il a été atteint ; il pense qu'il faut admettre le caractère accidentel et infectieux de certaines angines, et, comme conséquence, la nécessité d'accorder au traitement local et direct une importance pratique tout exceptionnelle. — Cautérisation avec le nitrate acide de mercure, puis avec l'acide chlorhydrique.

Angine maligne, par M. Gros. (Bulletin de la Société anatomique p. 388, 1858.)

Enfant trachéotomisé *in extremis* pour une diphthérite généralisée.; guérison. L'enfant, quelques jours après sa sortie de l'hôpital, a été pris d'angine maligne; il a succombé rapidement. Les amygdales sont comme putrilagineuses. — La plaie de la trachée est parfaitement cicatrisée.

Faits de diphthérie observés pendant le premier semestre de 1859, par M. E. Moynier. (Gazette des hôpitaux, p. 497, 511, etc., et Paris, V. Masson, in-8, 80 pages.)

M. Moynier rend compte des faits de diphthérie observés dans le service de M. Trousseau pendant le premier semestre de l'année 1859. — Ce travail intéressant comprend vingt-neuf cas de diphthérie. — M. Moynier examine dans quatre chapitres différents : 1° la diphthérie laryngée ou croup ; 2° la diphthérie pharyngée ou angine pharyngée diphthéritique; 3° la diphthérie cutanée ; 4° la paralysie diphthéritique. Dans le premier chapitre, on trouve d'excellents préceptes sur l'opération de la trachéotomie et sur les soins consécutifs à l'opération (nos lecteurs les connaissent par les différentes publications de M. Trousseau ou de ses élèves). — Remarques sur la pneumonie : elle survient ordinairement le deuxième ou le troisième jour après l'opération ; elle affecte la forme lobulaire ; elle existe avec ou sans fausses membranes ; on la reconnaît surtout par les signes rationnels : la canule étant libre, la respiration devient fréquente, précipitée ; l'expectoration devient séreuse. — En parlant de la diphthérie pharyngée, l'auteur s'occupe de la valeur pronostique de la présence de l'albumine dans les urines ; elle indique que l'économie a été profondément atteinte et que la convalescence sera longue et difficile. La contagion est une cause très-réelle de diphthérie. M. Trousseau emploie un traitement général et un traitement local ; ce dernier consiste surtout en caustiques, parmi lesquels l'acide chlorhydrique est le plus énergique et le plus efficace ; le perchlorure de fer n'a qu'une utilité contestable en applications locales. Le nitrate d'argent, l'alun, le crayon de sulfate de cuivre, le tannin sont utiles, quand les fausses membranes ont peu d'étendue. — Comme traitement général, M. Trousseau emploie les toniques et le perchlorure de fer, à la dose de 4 à 10 grammes ; les malades sont nourris avec des aliments substantiels. — La diphthérie cutanée est tantôt primitive et tantôt consécutive ; il est très-difficile d'en triompher dans ce

dernier cas ; il faut cautériser avec le nitrate d'argent. — L'histoire de la paralysie diphthéritique est faite avec les travaux récents publiés sur ce sujet et de nouvelles observations; le traitement consiste surtout en bonnes conditions hygiéniques : alimentation tonique, quinquina, fer, strychnine, bains sulfureux, électricité, frictions. Malgré le traitement le plus favorable, la maladie doit durer un certain temps.

Sur les observations de diphthérie traitées dans le service de M. Trousseau, par M. **Aubrun**. (Gazette des hôpitaux, p. 546.)

Dans cet article, l'auteur a pour but de réfuter ce que M. Trousseau a dit du peu d'efficacité des applications locales du perchlorure de fer ; ses conclusions sont les suivantes : 1° Ce n'est pas par des cautérisations qu'il faut traiter la diphthérie, mais par un traitement interne. — 2° Le perchlorure de fer à haute dose et à l'intérieur est sans contredit le moyen le plus efficace que je connaisse pour obtenir la guérison de la diphthérie. — 3° L'emploi de ce moyen thérapeutique est d'autant plus efficace qu'il est administré plus près du début de l'affection. — 4° Avec cette médication, je n'ai pas eu à constater de paralysie diphthérique, si fréquente avec les autres méthodes. Il n'y a pas, à proprement parler, de convalescence ; la guérison est rapide et complète en quelques jours.

Réflexions sur la nature et le traitement de la diphthérie, par M. Simonot. (Bulletin de la Société médico-pratique, p. 24.)

La diphthérie est une maladie spécifique, peut-être contagieuse, sûrement infectieuse, dont l'évolution commence au sang et finit à la fausse membrane. — La diphthérie, quant à l'essentialité de sa cause et de sa nature, est encore un problème à résoudre, et rien n'autorise à les rattacher à l'inflammation ou au parasitisme. — La diphthérie a son fait typique, la fausse membrane, qui peut varier dans sa forme, son siége et ses conséquences, mais reste invariable dans sa nature, tout en subissant cependant l'influence des conditions anatomiques et physiologiques des tissus envahis. — La diphthérie a aussi ses faits éloignés, accessoires ou complémentaires, turgescence ganglionnaire, éruptions cutanées, albuminurie, paralysies consécutives, et bien d'autres encore peut-être que l'avenir pourra nous apprendre. — La diphthérie a sur la vie une action double : action dynamique inhérente à sa nature, action mécanique, résultat de la production membraneuse, dont l'intensité semble être en rapport inverse. — De même qu'à côté de la fièvre typhoïde existe

un état typhoïde, de même à côté de la diphthérie existe un état diphthérique qui, à un moment donné, pourra s'imposer à une affection de toute autre nature, de telle sorte qu'à charge de revanche peut-être, cette même affection perdra de son individualité pour obéir aux exigences de son masque diphthéritique. — De l'action double de la diphthérie ressortent des nécessités de traitement doubles aussi. — Quant à présent, les médications tonique, vomitique et révulsive, associées à de rigoureuses conditions hygiéniques d'aération et d'alimentation constituent nos ressources les plus efficaces pour combattre l'action dynamique, et nos moyens les plus sûrs d'annuler tout effet mécanique restent encore les cautérisations et la trachéotomie. — Peut-être un jour trouverons-nous dans la respiration artificielle un auxiliaire puissant au double point de vue du maintien de la fonction respiratoire et d'une action thérapeutique dont l'hématose serait le véhicule.

Recherches sur la diphthérite et sur le croup à l'occasion d'une épidémie observée à l'hôpital des Enfants, en 1858, par M. Ch. Peter. (Thèses de Paris, n° 270.)

M. Peter donne au commencement de sa thèse les conclusions du premier chapitre d'un mémoire couronné par la Faculté en 1859. Il expose ensuite tout au long ses recherches sur la contagion, l'incubation, l'inoculabilité et la récidive de la diphthérite. Il termine par une étude rapide sur la nature de cette affection. On trouve dans ce travail un grand nombre d'observations et de remarques pleines d'intérêt. Nous nous bornons aux points les plus saillants. — Pour M. Peter, il n'y a pas d'éruption spéciale à la diphthérite; il pense que l'érythème scarlatiniforme de M. Sée n'est qu'une éruption scarlatineuse modifiée par le fait même de la coexistence de la scarlatine et de la diphthérite. La durée approximative de l'incubation est de deux à huit jours; mais, dans des cas exceptionnels, elle peut être de quinze jours. A l'exemple de M. Trousseau, M. Peter s'est inoculé la diphthérite; ses expériences ont échoué comme déjà avaient échoué celles du célèbre professeur. Ces résultats amènent l'auteur à rejeter l'inoculation comme moyen prophylactique, d'autant plus que la diphthérite récidive assez souvent. — L'angine couenneuse commune n'est pour M. Peter qu'un fait de diphthérite bénin : M. Peter pense même qu'il existe des angines diphthéritiques sans fausses membranes, ce qu'il explique par un arrêt de développement de la maladie. Il résulte de là que l'angine couenneuse la plus bénigne peut engendrer, en temps d'épidémie, l'angine diphthéritique la plus grave.

Quelques observations d'une épidémie de croup et d'angine couenneuse dans le département de la Charente-Inférieure, par M. G. Robert. (Thèses de Paris, nº 211.)

Elève de M. Piorry, l'auteur fait de l'angine couenneuse, du croup et de la diphthérite cutanée autant de maladies qu'il regarde toutefois comme identiques dans leur nature. Après avoir rapporté un certain nombre d'observations originales, il termine sa thèse par un certain nombre de conclusions, dont voici les principales : — Les fausses membranes ont une marche envahissante. — Les caustiques sont le plus sûr moyen pour empêcher la propagation de l'inflammation diphthéritique vers le larynx. — Les vésicatoires sont une cause puissante d'infection et peut-être un foyer de contagion.

Considérations pratiques sur l'angine couenneuse et le croup, par M. Dubest. (Société médicale de Clermont-Ferrand et Moniteur des sciences, p. 68, 73.)

Conclusions : — 1º L'angine couenneuse est une affection spécifique consécutive à une angine inflammatoire, dont la nature et les produits ont été modifiés par un agent miasmatique inconnu. — 2º Elle devient contagieuse lorsqu'elle règne sous forme épidémique. — 3º La gravité dépend de l'intensité de l'épidémie, de l'âge du sujet, de sa constitution et de la période de la maladie. Elle est d'autant plus grave, que le sujet est moins avancé en âge, et dans ce cas elle tend constamment à envahir le larynx. — 4º La vésicule diphthéritique est le point de départ d'une intoxication qui devient générale quand elle n'est pas enrayée au début, et constitue alors la diphthérite généralisée. — Cette affection présente trois périodes établies d'après le siége des fausses membranes. La première est représentée par l'angine couenneuse, la deuxième par la laryngite couenneuse, et la troisième par la bronchite couenneuse. — 5º La laryngite et la bronchite couenneuses présentent des caractères distincts de ceux du croup proprement dit. — 6º La cause productrice de l'angine couenneuse est inconnue ; le froid humide peut être regardé comme cause occasionnelle, et l'âge des sujets comme cause prédisposante. — 7º L'angine couenneuse réclame un traitement local et un traitement général. — 8º La cautérisation par le crayon de nitrate d'argent remplit la première indication, qui est de détruire les fausses membranes. — 9º L'administration du calomel, que je considère comme le spécifique des affections diphthéritiques, à dose altérante, remplit la seconde indication, qui est d'empêcher la reproduction des fausses membranes. — 10º Les antiphlogistiques doivent être réservés pour un petit

nombre de cas. — 11° Les vomitifs sont employés comme agents de désobstruction, mais avec beaucoup de réserve. — 12° Les révulsifs, tels que les vésicatoires, doivent être abandonnés. — 13° La cautérisation du larynx et l'administration du calomel constituent une médication capable d'arrêter les progrès de l'affection diphthéritique, lorsqu'elle n'est encore qu'à la deuxième période (laryngite couenneuse). — 14° La bronchite diphthéritique (troisième période) étant surtout une affection générale, je crois devoir rester dans le doute sur l'efficacité des opérations, trachéotomie ou tubage de la glotte, jusqu'à ce que les faits en aient fourni la preuve.

Nouvelles recherches sur le croup, par M. P. Paillot. (Thèses de Paris, n° 58.)

Cette thèse est divisée en deux parties. La première est consacrée à l'étude des symptômes, des formes, de la marche, du diagnostic et du pronostic. Dans la seconde, se trouve une énumération et appréciation des principaux modes de traitement. Elève de M. Bouchut, l'auteur met en relief les idées favorites de son maître. — Division du croup en trois périodes, dont la dernière est caractérisée par l'anésthésie complète. — Importance de l'albuminurie pour la gravité du pronostic. Comme traitement préventif, l'amputation des amygdales ; comme traitement curatif, le grattage et le tubage du larynx. Quant à la trachéotomie, elle est la cause principale de la pneumonie ; elle est formellement contre-indiquée dans le cas de pneumonie double ou de gangrène de certaines parties : on doit se guider pour décider l'opération, non sur l'auscultation, mais sur l'analgésie.

Epidémie de diphthérite. — Emploi du chlorate de potasse, par M. Guersant. (Gazette des hôpitaux, p. 391.)

M. Guersant a pratiqué en ville, dans des quartiers différents, l'opération du phimosis chez trois enfants. La plaie s'est recouverte de diphthérite, qui a ensuite envahi le pharynx. Plusieurs membres des familles de ces enfants ont eu des angines diphthéritiques, pendant ou après la maladie des enfants.— M. Guersant pense qu'en temps d'épidémie de diphthérite on devrait remettre toute opération qui n'est pas urgente. — Quant au chlorate de potasse, il donne de bons résultats au début de la diphthérie ; à une période plus avancée, M. Guersant emploie d'autres moyens. — M. Milon croit que l'action du chlorate de potasse est réelle quand la diphthérie est localisée à la cavité buccale, mais que cette action est nulle quand l'affection gagne le larynx et la trachée.

Poudre pour insufflation contre l'angine couenneuse, par M. Bontemps. (Gazette des hôpitaux, p. 363.)

M. Bontemps recommande la préparation suivante :

Noir animal.	5 grammes.
Calomel.	50 centigrammes.

M. Bontemps a vu chaque fois les fausses membranes disparaître le lendemain, et la place devenir nette ; mais, lorsque la maladie avait envahi le larynx, il échouait comme les autres. En résumé, il croit le moyen efficace contre l'angine couenneuse et non contre la laryngite pseudo-membraneuse.

Diphthérite dans la pneumonie suppurée, par M. Duparcque. (Gazette hebdomadaire, p. 238.)

L'auteur signale la fréquence de la diphthérie dans la pneumonie suppurée, principalement chez les femmes d'une cinquantaine d'années.

Croup survenu dans le cours de la fièvre typhoïde, par M. Coulon. (Union médicale, t. II, p. 391.)

Deux observations : elles prouvent la difficulté de diagnostiquer un croup secondaire, et la gravité de cette maladie, qui vient en compliquer une autre déjà si grave par elle-même. — La relation de l'un de ces faits se trouve dans le Bulletin de la Société anatomique, p. 189. Il a pour titre : *Croup survenu dans le cours d'une fièvre typhoïde*. Trachéotomie. Mort.

Bronchite pseudo-membraneuse, par M. Durante. (Bulletin de la Société anatomique, p. 42.)

Une observation.

Observations sur l'épidémie d'angine couenneuse qui règne dans le département des Landes, par M. Desmartis. (Bordeaux, imprimerie Degréteau, in-8, 23 pages.)

Quelques considérations sur le croup, par M. Villan. (Montpellier, imprimerie Boehm, in-8, 107 pages.)

Croup, par M. L. Lafon. (Revue thérapeutique du Midi, n° 16.)

M. Lafon montre que le croup, même très-grave, est *guérissable*. Pour arriver à ce résultat, il trace les indications suivantes :

Perturber l'organisme de manière à modifier l'élément dynamique vicié ; détruire les effets matériels, les produits morbides de cet élément dynamique localisé ; combattre le mouvement fluxionnaire ; combattre enfin les nombreux accidents spasmodiques que l'on observe dans la plupart des circonstances. Deux substances lui paraissent jouir au plus haut degré de la propriété de perturber l'organisme : le sulfate de cuivre et le tartre stibié. Toutefois, c'est à ce dernier qu'il donne la préférence et qu'il a vu, dans l'immense majorité des cas, enrayer complétement le travail inflammatoire spécifique qui caractérise, qui constitue le croup ; il l'emploie à hautes doses et assure que, surveillé de très-près, il ne donne pas lieu à des accidents graves. M. Lafon recommande aussi les dérivatifs sur le tube intestinal, la destruction des fausses membranes, et même les vésicants.

Nouvelle étude du croup, par M. Bouchut. (Union médicale, t. II, p. 470, 492, 518, 566.)

Histoire générale du croup ; ce qu'il y a de nouveau est déjà connu par les récentes publications de M. Bouchut.

Danger de l'emploi du vésicatoire dans la diphthérie, par M. Magne. (Gazette des hôpitaux, p. 500.)

L'auteur rapporte une observation de diphthérie des paupières ; un petit vésicatoire, mis derrière l'oreille, a causé des accidents ; la plaie devint douloureuse et se couvrit de fausses membranes.

Croup consécutif à une angine couenneuse, par M. Coulon. (Bulletin de la Société anatomique, p. 435, 1858.)

Mort en vingt-quatre heures : l'air arrivait dans les poumons, parce que les fausses membranes du larynx n'obstruaient pas l'ouverture de la glotte ; la trachée et les bronches étaient envahies.

Angine couenneuse épidémique (1857 et 1858), par M. Bouillon-Lagrange. (Gazette hebdomadaire, p. 359, 404, etc.)

L'auteur a eu pour but de faire connaître ce qui, dans ses propres observations, s'éloigne des observations antérieures. — Pendant la durée de l'épidémie, il y a eu une sécheresse remarquable. — Il y a eu des malades surtout en hiver et en été. — Les enfants ont été surtout atteints ; les petites filles plus que les petits garçons. — L'infection, comme moyen de propagation, a paru plus active que la contagion. — La grippe a souvent précédé le développement de la diphthérie. — L'auteur passe ensuite

en revue les symptômes de la maladie ; il insiste sur la paralysie diphthéritique, sur laquelle il ne nous apprend rien de nouveau. — Quant au traitement, les émissions sanguines sont utiles chez les individus robustes, présentant une réaction fébrile intense. — Le tartre stibié a toujours constitué une médication excellente, surtout chez les jeunes enfants. — Les caustiques n'ont qu'une efficacité très-contestable. — Les médicaments altérants n'ont eu aucune action sur le principe du mal. — Les révulsifs doivent être rejetés. — Les applications locales de glycérine exercent une action dissolvante sur les fausses membranes, les détachent rapidement et cicatrisent la muqueuse mise à nu et quelquefois érodée ou altérée.

Croup et angine couenneuse. (Gazette des hôpitaux, p. 10.)

Dans cet article, on trouve une observation de M. Champouillon : Angine diphthéritique. — Cautérisation des amygdales avec l'acide hydrochlorique. Ventouses scarifiées sur le cou ; développement de la diphthérite sur les scarifications. — Et d'un autre côté, M. Simyan publie des observations, dans lesquelles on voit, comme dans les faits de M. Bouchut, que les plaies résultant de l'ablation des amygdales sont restées indemnes de toute contamination ultérieure.

Injections de chlorure de sodium en solution dans le traitement de l'angine couenneuse, par M. Roche. (Union médicale, t. III, p. 161.)

Ce moyen consiste en des irrigations continues ou presque continues d'eau *salée* dans la gorge, pratiquées avec l'irrigateur Eguisier, armé d'une canule à jet très-fin, le malade étant assis ou couché sur le côté, le corps penché au-dessus d'une cuvette pour recevoir le liquide au fur et à mesure qu'il ressort. L'eau doit être salée jusqu'au degré où on peut la boire sans dégoût. — Six observations de succès. — M. Roche pense que le principal remède de l'angine couenneuse se trouve dans les irrigations continues d'eau contenant en dissolution, soit du sel, soit de l'alun, soit du chlorate de potasse, soit de l'iodure de potassium, etc.

Angine couenneuse. — Traitement médical et chirurgical, par M. Sorbet. (Moniteur des sciences, p. 219.)

L'auteur préconise les injections avec une solution de chlorure de sodium ; il rapporte deux cas dans lesquels il fait dater l'amélioration du moment où on a fait usage des injections.

Valeur des injections dans l'angine couenneuse, par M. H. Texier. (Moniteur des sciences, p. 266.)

L'auteur s'élève contre les injections, quel que soit le principe médicamenteux employé. — Dans un cas qu'il rapporte, la mort est survenue brusquement par asphyxie, après une injection poussée dans le pharynx. — Les effets des injections dans l'angine couenneuse sont constamment nuls quand ils ne sont pas mortels : nuls, si le voile du palais non paralysé peut se contracter ; mortels, si la paralysie du pharynx ne permet pas à cet organe de se contracter.

Emploi de la fleur de soufre dans le traitement des affections couenneuses, par M. Sénéchal.— (Académie des sciences, 28 février.)

L'auteur pense que les pseudo-membranes qui constituent les diverses affections couenneuses pourraient bien n'être en réalité qu'un parasite végétal, et qu'il faut les traiter par le soufre, qui est, pour ainsi dire, l'antidote consacré de tout parasitisme animal ou végétal. — La fleur de soufre, en insufflations pharyngiennes et nasales fréquemment répétées, la même substance, mélangée avec du miel et donnée par petites cuillerées de temps à autre et à aussi fortes doses que possible, lui ont parfaitement réussi dans quatre cas de croup bien confirmés, les petits malades ayant les amygdales et une grande partie du pharynx tapissés de pseudo-membranes, mais ne présentant pas encore de troubles notables dans la respiration. Dans deux cas, au contraire, où la période asphyxique était bien accusée, les mêmes moyens n'ont produit aucune amélioration.

Action du brome dans les affections pseudo-membraneuses, par M. Ozanam. (Académie des sciences, 9 mai.)

M. Ozanam s'est proposé de démontrer l'action curative de ce métalloïde contre les affections pseudo-membraneuses et son action préservatrice dans les mêmes circonstances. Quant au mode d'emploi, M. Ozanam démontre que deux corps seulement, l'eau et la glycine, le dissolvent sans l'altérer. La solution au millième remplit complétement le but que se propose la thérapeutique. — Le mémoire a été publié *in extenso* dans la Gazette des Hôpitaux, p. 242 et 286.

Traitement médical du croup. — Emploi du sulfure de potasse et du polygala. (Bulletin général de Thérapeutique, t. LVI, p. 12.)

Dans cet article, on passe rapidement en revue les traitements les plus vulgaires du croup ; l'auteur insiste surtout sur le sul-

fure de potasse et le polygala, qui sont tombés dans l'oubli, après avoir eu une grande vogue.

Traitement du croup par le kermès minéral à haute dose, par M. Chapelle. (Académie de médecine, 11 octobre, et Union médicale, t. IV, p. 184.)

L'auteur, dans une potion gommeuse de 110 grammes, fait ajouter de 45 à 50 centigrammes de kermès minéral, et il fait prendre cette potion par cuillerée ou par fraction de cuillerée à bouche : les deux premières à un intervalle de vingt minutes, et les autres de demi-heure en demi-heure. Si l'on a affaire à un enfant d'un an, on l'administre par tiers ou quart de cuillerée à bouche; si c'est un enfant de deux à trois ans, on la donne par demi-cuillerée à bouche, et si la maladie frappe un adolescent, il la prescrit par pleine cuillerée. Toujours il fait continuer cette administration jusqu'à ce qu'il se produise sur les voies respiratoires une sorte de détente qui fasse perdre à la toux sa raucité, éteigne le sifflement laryngo-trachéal et donne à la respiration sa liberté de mouvement; il se produit une expectoration de crachats visqueux mêlés de fausses membranes. Des vomissements accompagnent d'ordinaire le rendement de ces matières ; mais, ici, les vomissements sont presque toujours modérés, et parfois même cette expulsion a lieu sans effort sensible ; il suffit de pencher en avant la tête de l'enfant pour lui faire rendre d'épaisses fausses membranes. — On recommence la même potion dés que les phénomènes morbides reparaissent.

Traitement médical de l'angine couenneuse et du croup, par M. Constantin. (Gazette des hôpitaux, p. 138.)

M. Constantin emploie le tartre stibié à trés-haute dose. Il en administre à des enfants de trois à quatre ans jusqu'à 9 grammes dans l'espace de trois ou quatre jours. Il avoue, il est vrai, avoir rencontré quelques légéres éruptions stibiées peu nombreuses sur diverses parties du corps, mais elles ne lui ont jamais paru avoir de gravité. « Toutes les fois, dit-il, que je suis arrivé à la premiére période du croup, j'en ai presque toujours triomphé en un ou deux jours. Dans la deuxième période (dyspnée progressive, menace d'asphyxie et de suffocation), les accidents mettaient quatre ou cinq jours à disparaître. Comme il n'est pas toujours facile d'assigner les limites de la deuxième avec la troisième période (dite d'asphyxie et de suffocation), j'ai tout lieu de croire que j'ai obtenu quelques guérisons à cette dernière période. Mais c'est surtout dans la première période que le tartre stibié a été employé avec succès : il a presque toujours eu pour effet de changer la nature de l'inflammation et d'empêcher la deuxième

période. » — Les potions qu'il donne contiennent de 60 centigrammes à 1 gramme d'émétique. — 46 guérisons sur 53 cas.

Traitement du croup par l'émétique à haute dose, par M. Baizeau. (Gazette des hôpitaux, p. 190.)

M. Baizeau rapporte trois nouveaux cas, prouvant les bons effets de cette médication. Il rappelle un mémoire de Prus, en 1833, dans lequel il est dit que par le tartre stibié à haute dose Prus avait obtenu 21 guérisons sur 22 malades. — On trouve dans l'*Abeille médicale* un article prouvant que ce traitement du croup est très-ancien. M. Zorgo en obtint d'excellents résultats, il y a trente ans.

Traitement du croup par l'émétique à haute dose, par M. Gigon. (Union médicale, t. II, p. 592.)

L'auteur a publié, en 1853, des articles dans lesquels il présente l'émétique à haute dose comme le meilleur médicament à opposer au croup ; il le considérait comme un fluidifiant qui combattait la diathèse morbide sous l'influence de laquelle l'albumine du sang se concrète et passe à l'état de membrane.

Traitement du croup par l'émétique coup sur coup à haute dose, par M. Bouchut. (Gazette des hôpitaux, p. 153.)

Trois observations, trois guérisons. Les réflexions qui les suivent sont analogues à celles que l'on trouvera dans l'article suivant, dans lequel M. Bouchut rapporte trois autres observations de guérison.

Traitement médical du croup, par M. Bouchut. (Union médicale, t. III, p. 581.)

M. Bouchut rapporte trois observations de croup ; les malades, traités par le tartre stibié à haute dose, ont guéri. Il est donc prouvé que le croup peut guérir par des moyens pharmaceutiques. — La médication par le tartre stibié n'est pas nouvelle ; ce médicament doit être employé à la dose de 40 centigrammes à 1 gramme par jour, d'heure en heure, comme dans la pneumonie, jusqu'à la guérison. Il n'agit bien que s'il est suivi d'effet vomitif ; il ne produit pas de prostration inquiétante. Voici une des formules de M. Bouchut :

Julep gommeux.	100 grammes.
Sirop diacode	15 —
Tartre stibié	50 à 75 centigrammes.

Traitement médical du croup, par M. Kortüm. (Deutsche Klinik, et Union médicale, t. III, p. 214.)

M. Kortüm emploie le tartre stibié, qu'il regarde comme un spécifique du croup ; mais il veut que le médicament soit absorbé et puisse ainsi influencer toute l'économie. Pour retarder le vomissement, il donne du sirop et peu de boissons ; les doses, de deux heures en deux heures, varient de 3 milligrammes à 12 ou 24 milligrammes, suivant l'âge du sujet et l'intensité de la maladie. — Ce qu'il faut surtout remarquer, c'est que M. Kortüm, voulant une action générale, tâche d'éviter le vomissement. M. Bouchut, au contraire, compte surtout sur l'effet vomitif.

Croup traité avec succès par le tartre stibié à haute dose, par M. Ronzier-Joly. (Bulletin général de Thérapeutique, t. LVI, p. 376.)

Une observation : le tartre stibié a été donné, pendant deux jours seulement, à la dose de 40 centigrammes. Guérison.

Nouveau cas de croup guéri par l'émétique à haute dose, par M. Béclère. (Gazette des hôpitaux, p. 281.)

L'auteur a administré en même temps du chlorate de potasse ; mais il attribue la guérison, rapidement obtenue dans un cas fort grave, au tartre stibié, à la dose de 75 centigrammes.

Traitement médical du croup, par M. Ricordeau. (Gazette des hôpitaux, p. 307.)

Une observation de guérison, dans un cas grave, par le tartre stibié à haute dose coup sur coup.

Croup des enfants. — Mode efficace de traitement, par M. Luzsinsky. (Journ. für Kinderkrankheiten, et Gazette méd. de Paris, p. 11.)

L'auteur recommande, comme base du traitement du croup, l'emploi des alcalins, dans le but de diminuer la plasticité du sang ; il donne la préférence au carbonate de soude, 12 à 7 grammes dans 60 grammes d'eau distillée, avec addition de sirop. Pour empêcher la localisation de l'inflammation dans le larynx, M. Luzsinsky rejette les émissions sanguines et il les remplace par des ablutions d'eau froide faites sur la partie antérieure du cou, tout le corps étant bien couvert ; il emploie aussi les vésicatoires dans le même but. — Les narcotiques conviennent contre tout ce qu'il y a de spasmodique dans la maladie. — Quand les fausses membranes sont détachées, on en facilite l'expulsion

par des vomitifs. — L'auteur n'est pas partisan de la trachéotomie, à laquelle il préfère le cathétérisme.

Traitement du docteur Luzsinsky contre le croup, par M. Hauner. (Journ. für Kinderkrankheiten, et Gazette méd. de Paris, p. 524.)

M. Hauner s'élève contre la méthode de M. Luzsinsky, employée d'une manière absolue. — Il insiste pour qu'on distingue le croup laryngé (vrai croup) du croup diphthéritique. — Il pense que les différentes médications peuvent rendre des services, suivant les cas.

Traitement du croup par les fomentations froides et par le sulfate de cuivre, par M. Pudon. (Journ. für Kinderkrankheiten, et Gazette médicale de Paris, p. 524.)

Il fait appliquer sur le cou des compresses imbibées d'eau froide, qu'on renouvelle toutes les six heures. Il donne le sulfate de cuivre à la dose de 2 grammes dans 120 grammes de véhicule, une cuillerée à bouche tous les quarts d'heure chez les enfants de six ans. — Pour les enfants d'un an, il prescrit 10 centigrammes toutes les demi-heures.

De la nature et du traitement du croup et des angines couenneuses, par M. Jodin. (Paris, A. Delahaye, in-8, 39 pages.)

Cette brochure est le développement du mémoire envoyé à l'Académie en 1858. M. Jodin pense : 1° que le croup et les angines couenneuses ou croupales ne sont que des affections parasitaires ou moisissures ; 2° que le traitement de ces affections n'exige ni moyens généraux, ni cautérisations incendiaires ; de simples applications parasiticides suffisent pour les faire disparaître et amener ainsi la guérison. — Relativement à l'agent thérapeutique à employer, l'auteur a préféré le perchlorure de fer ; ce médicament, pénétrant complétement le champignon et bornant son action à la surface, peut être absorbé sans danger. Il tue le parasite, modifie l'état hémorrhagique qui existe constamment dans les points envahis et dans leur contour ; enfin, il provoque immédiatement le besoin de cracher, et amène l'expulsion des fausses membranes.

Angines couenneuses et croups traités avec succès par le perchlorure de fer intus et extra, par M. Silva. (Union médicale de la Gironde et Bulletin général de Thérapeutique, t. LVI, p. 153.)

L'auteur a badigeonné le pharynx avec le perchlorure de fer ; cette opération provoque des vomissements, une abondante sali-

vation et l'expulsion d'une grande quantité de fausses membranes et de matières concrètes. Les malades sont immédiatement soulagés. Pour combattre l'empoisonnement diphthéritique, M. Silva emploie intérieurement cinq gouttes de perchlorure à 30° dans 50 grammes d'eau sucrée.

Traitement de la diphthérie par le perchlorure de fer, par le docteur J.-H. Houghton. (Dublin quarterly Journal of medical science, février, et Archives générales de médecine, avril, p. 495.)

La formule a été la suivante :

Teinture de perchlorure de fer. . .	3 gros.
Acide chlorhydrique étendu	2 id.
Eau	8 onces.

à prendre par doses d'une once toutes les trois heures. — On cautérise les parties affectées avec de l'acide chlorhydrique concentré. Quatre observations prouvent que ce traitement peut rendre des services incontestables.

Nature et traitement rationnel du croup et de l'angine couenneuse. — Du perchlorure de fer et de son mode d'action dans la diphthérite, par M. L. Isnard. (Union médicale, t. III, p. 437, 451.)

En résumé, dit l'auteur, le croup et l'angine couenneuse sont des inflammations spéciales de l'arrière-bouche et du tube aérien, avec altération particulière de leurs muqueuses, qui laissent transsuder, sous forme pseudo-membraneuse, des produits fibrino-albumineux formés aux dépens des éléments du sang. — Le croup et l'angine couenneuse sont toujours des affections locales au début. Tantôt elles restent locales, tantôt elles deviennent infectieuses.— L'infection diphthérique est toujours consécutive, jamais primitive. Elle reconnaît pour causes l'altération et la résorption des produits pseudo-membraneux; elle est l'analogue de la résorption purulente, laquelle est toujours consécutive, soit à une solution de continuité, soit à un état inflammatoire quelconque. — La rapidité et la gravité de l'empoisonnement diphthérique varient selon une foule de conditions qui nous échappent, et parmi lesquelles l'état épidémique joue le principal rôle. — La pseudo-membrane étant la source de tous les phénomènes graves qui apparaissent dans le cours des affections couenneuses tant par ses effets *mécaniques* (accès de suffocation, asphyxie, etc.) que par ses effets *dynamiques* (résorption et empoisonnement diphthéritiques, etc.), c'est à la prévenir et à la détruire que doit surtout s'appliquer la thérapeutique. — Le traitement du croup est médical et chirurgical ou externe. — Le traitement médical

rationnel consiste à mettre très-promptement le sang dans des conditions telles qu'il ne laisse plus transsuder à travers les muqueuses ses éléments fibrino-albumineux, ou qu'il ne les laisse échapper que sous une forme à peine séreuse. — Les fluidifiants et les altérants ont eu le plus de vogue jusqu'ici dans le traitement médical du croup. Mais, en général, ils agissent trop lentement, trop faiblement, ont l'inconvénient de débiliter l'organisme et d'atténuer seulement, sans les prévenir complétement, les dangers de la diphthérite: c'est pourquoi ils doivent être rejetés. De tous, l'émétique à hautes doses est celui qui a produit le plus grand nombre de guérisons. — Les coagulants agissent plus rapidement sur le sang, ont l'avantage de lui laisser tous ses matériaux et de prévenir les accidents ultimes des affections couenneuses. Dans cette classe, le perchlorure de fer, par son innocuité sur l'organisme et la promptitude de ses effets, mérite la préférence. Il est l'espoir de la thérapeutique du croup; il est en quelque sorte le spécifique de cette terrible maladie. — L'action du perchlorure de fer dans le croup est triple : — 1° Action sur le sang, dont il plastifie plus ou moins les éléments fibrino-albumineux, qu'il met ainsi dans l'impossibilité de transsuder à travers la muqueuse respiratoire; plus tard, dans les cas infectieux, à travers les parois des tubes urinifères, les solutions de continuité cutanées, les séreuses, etc. — 2° Action sur la muqueuse respiratoire, dont il plastifie aussi les éléments fibrino-albumineux et resserre la trame organique. Par cet effet, la muqueuse devient incapable de se laisser traverser par les principes albuminoïdes du sang. — 3° Action tonique, corroborante sur le système nerveux, action essentielle pour la plupart des médecins, incontestable, mais très-secondaire, à mon avis, dans le traitement immédiat du croup. — Le perchlorure de fer doit être administré le plus près possible du début de l'affection et à hautes doses. Son emploi sera continué à toutes les périodes de la maladie et lorsque les fausses membranes seront formées, et lorsque l'infection générale sera déclarée. Dans tous ces moments son action sera la même, action plutôt *physico-chimique* sur les éléments du sang et de la muqueuse respiratoire que *dynamique* sur le système nerveux. — Le traitement chirurgical et externe a également son importance. Il consiste en : 1° Friction d'huile de croton sur le devant du cou ; révulsifs aux membres inférieurs. — 2° Cautérisation des pseudo-membranes sur les points accessibles. — 3° Inhalation de solutions alcalines. — 4° Trachéotomie. — Ce traitement chirurgical ne doit en rien entraver le traitement interne qui, je le répète, sera continué sans interruption depuis le début jusqu'à la disparition complète des phénomènes morbides.

L'auteur termine par des considérations sur les services que

peut rendre le perchlorure de fer dans les maladies avec altération primitive ou consécutive du sang.

Traitement topique de l'angine couenneuse, par M. Loiseau. (Gazette hebdomadaire, p. 520.)

Statistique des cas traités par M. Loiseau, pour élucider la question du traitement médical. Plus de la moitié des malades qu'il a vus, après qu'ils avaient été traités par les vomitifs et les altérants, a succombé, et la plupart de ceux qui ont guéri ont été affectés d'œdème, d'anasarque, etc. Sur quatre-vint-quinze malades traités par la méthode exclusivement topique et styptique, M. Loiseau n'a pas perdu de malade (car sur deux morts, un n'a pas été traité, et l'autre ne l'a été qu'incomplétement). La convalescence a toujours été très-simple.

Traitement de l'angine couenneuse et du croup, par M. Aug. Douet. (Thèses de Paris, nº 227.)

Après un historique très-complet, l'auteur arrive au traitement qui est la partie la plus importante de sa thèse; c'est une revue critique sagement faite des principaux moyens employés contre ces deux affections. Parmi les nombreux caustiques préconisés pour détruire les fausses membranes, il donne la préférence à l'acide chlorhydrique pur. Sans rejeter absolument les émissions sanguines, il recommande de n'en user qu'avec une grande prudence. Dans le cas de croup, calomel à doses fractionnées. A la fin de sa thèse, l'auteur insiste sur la trachéotomie, il rejette le procédé de M. Chassaignac; avec MM. Nélaton et Malgaigne, il recommande de lier les plus grosses veines.

Du croup des adultes, par M. F. Menocal. (Thèses de Paris, p. 88.)

L'auteur étudie successivement l'historique, l'anatomie pathologique, les symptômes et le traitement. On trouve dans cette thèse une bonne étude comparative du croup de l'adulte avec celui des enfants. — Relativement à la trachéotomie, l'auteur pense que, bien qu'elle soit peu utile chez l'adulte, elle ne doit pas être proscrite d'une manière absolue et que l'extension des fausses membranes aux ramifications bronchiques n'est pas une contre-indication, pas plus chez l'adulte que chez l'enfant.

Croup traité par les vomitifs, puis par la méthode de M. Loiseau, et enfin par la trachéotomie, par M. Radat. (Gazette des hôpitaux, p. 141.)

La malade a guéri à la suite de la trachéotomie. Le cathété-

risme avait été pratiqué pendant cinq jours de suite sans accidents ; l'auteur pense que, bien qu'elle ait échoué dans ce cas, la méthode de M. Loiseau paraît avoir des avantages ; elle retarde l'asphyxie, elle laisse le sujet vierge de toute médication débilitante ; elle doit réussir dans certains cas ; l'observation rapportée prouve qu'elle est d'une parfaite innocuité.

Du tubage et du cathétérisme des voies aériennes, par M. Loiseau. (Paris, imprimerie d'Aubusson, in-8, 16 pages.)

Deux nouveaux cas de croup guéri par le cathétérisme et la cautérisation du larynx, par M. Loiseau. (Gazette des hôpitaux, p. 105.)

Nouveaux documents cliniques pour servir à l'histoire du croup et de la trachéotomie, par M. Rombeau. (Gazette des hôpitaux, p. 270.)

Résumé de six observations, montrant que la trachéotomie est utile.

Croup, par M. Ch. Londe. (Bulletin de la Société anatomique, p. 444, 1858.)

Femme de vingt-six ans : croup ; trachéotomie ; insuccès. Les fausses membranes avaient envahi tout l'appareil respiratoire.

Manuel de la trachéotomie, par M. Verneuil. (Bulletin de la Société anatomique, p. 113.)

M. Verneuil a pu se convaincre, dans un fait récent, de l'utilité du précepte donné par plusieurs chirurgiens, à savoir : de laisser le dilatateur en place pendant quelques instants avant d'introduire la canule, afin de permettre à l'enfant de s'asseoir et de rejeter immédiatement, par les efforts de toux, les fausses membranes, les mucosités ou le sang que peut contenir la trachée. — Il pense que le sang rejeté avec les mucosités, après l'opération, provient, dans quelques cas, de la muqueuse congestionnée.

De la trachéotomie dans le croup, par M. Drouhet. (In-8, 12 pages. Bordeaux, imprimerie Crugy.)

Laryngotomie thyro-hyoïdienne, par M. L. Boyer. (Montpellier médical, p. 333.)

Dans la première partie de son travail, l'auteur montre que cette opération peut être très-utile pour le diagnostic et la thérapeutique des maladies du larynx ; dans une deuxième partie, il examine les différents procédés opératoires.

Résultats comparés du traitement du croup par la trachéotomie et par les moyens médicaux de 1854 *à* 1858, par M. E. Barthez. (Gazette hebdomadaire, p. 758, 774, 792.)

M. Barthez fait connaître le résultat de sa pratique ; il divise en trois périodes la marche du croup, et il a grand soin d'établir une distinction entre les croups avec infection et les croups sans infection. — Le croup peut s'arrêter dans la première période, et la guérison peut alors être obtenue, soit par des moyens médicaux, soit par le bénéfice seul de la nature, mais à la condition qu'il n'y aura pas intoxication; car si l'intoxication apparaît, la mort survient, ou bien le croup passe à la deuxième période. — Dans la seconde période, si le croup est infectieux, il est préférable d'opérer, quel que soit l'âge de l'enfant ; que si le croup n'est pas évidemment infectieux, il est convenable d'essayer le traitement médical et d'attendre, pour opérer, la fin de cette seconde période, surtout si l'enfant est jeune. — Dans la troisième période, M. Barthez ne saurait dire, d'après ses observations, si le croup peut guérir spontanément ou sous l'influence du traitement médical, car alors il a toujours pratiqué la trachéotomie.

Instrument destiné à fixer et à dilater la trachée dans l'opération de la trachéotomie, par M. Marjolin. (Société de chirurgie, 19 janvier ; Gazette des hôpitaux, p. 52.)

M. Marjolin a fait construire par M. Lüer un instrument dont la forme est la même que celle de l'aiguille courbe à manche de Deschamps. — A la face convexe des deux crochets mousses qui terminent l'instrument, il existe dans leur intervalle une rainure qui permet, dès que la trachée est ouverte, d'introduire à volonté l'instrument, à l'aide de la main gauche, sur la lame même du bistouri. Si on préfère laisser le doigt indicateur gauche sur l'incision, on se sert alors de l'instrument fait pour la main droite. Quelle que soit, du reste, la main dont on se serve pour introduire le dilatateur, il suffit, dès qu'il est placé, d'appuyer légèrement avec le pouce sur le petit aileron de la branche mâle pour que les deux branches de l'instrument s'écartent. L'introduction de la canule ou de tout autre instrument devient alors d'autant plus facile que les abords de la plaie sont libres ; on n'est plus gêné, comme avec le dilatateur habituel, par la main qui le tenait. De plus, l'instrument une fois placé, l'enfant a beau faire des mouvements, on est maître de la trachée ; l'ouverture reste béante, et on est libre, suivant le besoin, d'attendre ou de terminer de suite l'opération.

Premier exemple de croup guéri à l'hôpital par la trachéotomie, par M. H. Roger. (Union médicale, p. 162, t. I.)

Cette observation date de 1839 ; elle a été recueillie par M. Roger dans le service de M. Guersant père ; l'opération avait été pratiquée par M. Demeaux. — Un grand intérêt historique s'attache à cette communication.

Quelques considérations sur la trachéotomie, par M. Duhomme. (Thèses de Paris, n° 76.)

M. Duhomme s'est proposé dans ce travail de déterminer le degré de gravité de la trachéotomie. Procédant avec méthode, l'auteur commence par passer en revue les principaux accidents qui peuvent accompagner ou suivre cette opération envisagée d'une manière générale. Il rapporte ensuite un certain nombre d'observations de trachéotomies faites sur des adultes dans des cas simples. Dans un dernier paragraphe, il traite de la trachéotomie dans le croup. Voici les principales conclusions auxquelles est arrivé l'auteur : — La trachéotomie considérée en elle-même ne présente aucun accident auquel on ne puisse obvier par une thérapeutique éclairée. — Si dans la diphthérie elle a plus de gravité, les soins consécutifs peuvent compenser cette différence et la ramener en quelque sorte au type primitif. — La trachéotomie dans le croup doit être pratiquée de bonne heure ; en effet, outre que l'asphyxie lente est pour beaucoup dans le développement de la pneumonie, elle détermine des phénomènes généraux d'autant plus persistants qu'elle a duré plus longtemps. — Le moment opportun pour pratiquer l'opération est celui où la respiration commence à être sérieusement compromise et où l'asphyxie semble s'établir d'une manière continue.

Indications de la trachéotomie, par M. Conway Evans. (Royal med. and chir. Society, et Gazette médicale de Lyon, p. 425.)

Rien de particulier dans cet article, qui reproduit tous les arguments connus en faveur de la trachéotomie, opposée au croup.

Trachéotomie, par M. Bouquet. (Gazette des hôpitaux, p. 187.)

Croup ; trachéotomie, aspiration par la bouche des liquides contenus dans la trachée. Guérison.

Trachéotomie, par M. Guersant. (Société de chirurgie, 16 février ; Gazette des hôpitaux, p. 100, 108, etc.)

M. Guersant a fait un rapport sur un *cas de trachéotomie*, par

M. Ferrand. A ce propos, plusieurs membres ont pris la parole : on a passé en revue les différents préceptes, qu'il n'est plus permis d'ignorer après les longues discussions de ces deux dernières années.

Deux observations de trachéotomie, par M. Legroux. (Union médicale, p. 354.)

La première de ces deux opérations a été pratiquée sur un homme de quarante-sept ans, entré pour un érysipèle. Pharyngite et laryngite pseudo-membraneuses. — Trachéotomie, suivie de bronchite et de pneumonie double. Guérison. — Dans le second cas, on voit un phthisique ayant une laryngite ulcéreuse succomber à la maladie des poumons, quelques jours après l'opération, qui avait eu pour résultat de faire cesser l'asphyxie.

Trachéotomie, par M. Blache. (Union médicale, t. IV, p. 412.)

La trachéotomie a été faite chez une petite malade, qui avait les signes du croup, sauf les fausses membranes : la malade n'en a pas rejeté. L'asphyxie étant avancée, la trachéotomie a été pratiquée et a produit un bon résultat. Serait-ce un croup nerveux? L'observation a été publiée le lendemain de l'opération.

Croup et trachéotomie chez une jeune fille de onze mois, par M. Ed. Cruveilhier. (Bulletin de la Société anatomique, p. 8.)

Ulcérations trachéales consécutives au séjour des canules après la trachéotomie, par M. H. Roger. (Académie de médecine, 5 avril.)

L'ulcère trachéal est une lésion assez fréquente, surtout dans certaines épidémies de croup. — L'ulcération trachéale siége presque toujours à la *paroi antérieure* du conduit aérifère, au niveau du bord inférieur de la portion verticale de la canule, et elle est produite par le frottement qu'exerce ce bord un peu recourbé et tranchant qui peut basculer et porter contre la paroi antérieure de la trachée, dans les mouvements de la respiration et de la déglutition. — Presque toujours il n'y a qu'une seule ulcération. Dans des cas où l'influence épidémique a fortement agi, il peut y en avoir plusieurs. — Le plus souvent l'ulcère est de forme ovalaire, borné juste au champ du frottement exercé par la canule. Plus ou moins étendu chez quelques sujets, on l'a vu occuper presque toute la circonférence de la trachée-artère. — Le premier *symptôme* qui peut faire supposer l'existence d'une ulcération trachéale est le mauvais état de la plaie extérieure, les fausses membranes, les ulcérations et la gangrène qui s'y déve-

loppent. — Une coloration noire de la canule, surtout à sa partie inférieure, la fétidité de l'haleine et des crachats rendus par la canule, parfois une expectoration sanguinolente, et, chez quelques enfants, de la douleur au devant du cou avec dysphagie, tel est l'ensemble des symptômes qui permet d'établir le diagnostic de l'ulcère trachéal. — Ces ulcérations de la trachée-artère proviennent de plusieurs *causes*. La principale est l'action vulnérante de la canule, la pression, les frottements qu'elle exerce en certains points du conduit aérifère. — Les *causes accessoires* sont : — L'état congestionnel, phlegmasique de la membrane muqueuse des voies respiratoires, les ulcérations de la trachée étant aussi fréquentes à la suite de la trachéotomie pour le croup qu'elles sont rares consécutivement à cette opération dans les affections chroniques du larynx. — Un mauvais état général produit le plus souvent par l'intoxication diphthérique. — La nature particulière de l'épidémie de diphthérie, qui nous a mis à même de voir, dans les trois premiers mois seulement de 1859, trois fois plus d'ulcérations trachéales qu'on n'en avait observé en 1858 pendant l'année tout entière. — L'âge peu avancé des malades, qui, peu dociles, font, dans leurs mouvements irréfléchis, que la canule frotte continuellement contre la membrane muqueuse de la trachée-artère. — Le *pronostic* des ulcérations trachéales présente une certaine gravité. Le pronostic varie d'ailleurs suivant qu'il existe une érosion, une ulcération ou une perforation du conduit aérien; mais la gravité n'en est jamais telle que, dans un cas de croup, le médecin, trop préoccupé d'une ulcération possible de la trachée-artère, hésite à pratiquer la trachéotomie en présence d'une mort imminente, et quand cette opération est la suprême ressource. — De plus, la gravité de ces ulcères, qui n'entraînent pas la mort par eux-mêmes, est bien moindre que celle de l'ulcération et de la gangrène de la plaie, presque toujours concomitante, et surtout que celle de la diphthérie secondaire des autres parties des voies aériennes. — Le *traitement*, essentiellement préventif, devra consister à éviter, par l'emploi d'une canule peu volumineuse et légèrement oblique en arrière, la compression de la membrane muqueuse trachéale, et à s'opposer par l'adoption d'une canule mobile, dont le corps se meut comme la trachée-artère elle-même, aux frottements exercés contre la paroi interne du conduit. La canule mobile de M. Lüer est celle qui nous a paru jusqu'ici remplir le mieux cette indication.

Cinq observations, avec pièces anatomiques, d'ulcérations de la trachée par les canules employées après la trachéotomie, par M. H. Roger. (Société médicale des hôpitaux, 9 février; Union médicale, t. II, p. 13.)

Cette communication est analogue au mémoire lu à l'Académie.

— M. Roger a publié son travail *in extenso*, dans les Archives de médecine, juillet et août.

Ulcération de la trachée, par M. Gillette. (Union médicale, t. II, p. 109.)

Angine couenneuse ; croup ; trachéotomie ; mort ; autopsie ; ulcération profonde de la paroi antérieure de la traché ; abcès rétro-pharyngien ; broncho-pneumonie et persistance des fausses membranes dans la trachée et sur la plaie.

Ulcérations de la trachée, par M. Gellé. (Bulletin de la Société anatomique, p. 39.)

Quatre exemples d'ulcérations de la trachée-artère produites par le séjour de la canule après la trachéotomie, par M. Bricheteau. (Bulletin de la Société anatomique, p. 112.)

Ulcération de la trachée, par M. Garnier. (Bulletin de la Société anatomique, p. 17.)

Ulcérations de la trachée, par M. Barthez. (Union médicale, t. I, p. 525.)

Deux observations : — 1° Croup opéré *in extremis ;* mort onze jours après l'opération. Ulcération profonde de la trachée. — 2° Croup opéré à la fin de la deuxième période ; mort neuf jours après l'opération. Ulcération profonde de la trachée.

Modifications apportées à la canule, par M. E. Barthez. (Union médicale, t. II, p. 13.)

J'ai d'abord observé, dit M. Barthez, que les cordons latéraux qui maintiennent la canule en place avaient une extrême tendance à glisser de bas en haut dans les œillets qui leur sont destinés. De là un déplacement, d'où résulte le frottement en avant de la partie inférieure de la canule, surtout chez les enfants très-jeunes, qui sont très-remuants. En second lieu, j'ai remarqué que la plaie extérieure appuie seulement sur la partie moyenne du pavillon, et que, les bords de ce pavillon étant écartés des surfaces voisines, il en résulte une vacillation latérale facile, qui favorise la production d'une ulcération. — Pour remédier à ces inconvénients, j'ai fait fixer le fil à la partie inférieure de chaque œillet au moyen d'un trou secondaire, ce qui empêche l'extrémité de la canule de basculer en avant, et la ferait plutôt porter en arrière. J'ai aussi remédié à la saillie antérieure du bord tranchant du bas de la canule, en le faisant couper obliquement de haut en bas et d'avant en arrière. Enfin, j'ai recourbé

plus fortement le pavillon sur les côtés, de manière qu'il s'applique plus exactement à la partie antérieure du cou. Je ne sais encore si ces modifications rempliront leur but.

Trachéotomie. — Nouvelle canule inventée par M. Neudorfer.
(Union médicale, t. I, pl. 287.)

C'est une double canule, construite de telle sorte que le tube extérieur et le tube intérieur peuvent âtre facilement enlevés et remis en place, en glissant l'un sur l'autre. Ce qui distingue cet instrument de ceux que nous connaissions, c'est que la canule extérieure peut être enlevée et nettoyée, la canule intérieure restant dans la trachée.

Sur les paralysies diphthéritiques, par M. A. Maingault.
(Archives générales de médecine, octobre, p. 385.)

Ce travail sera suffisamment connu par l'analyse suivante du rapport de M. Roger.

Paralysie consécutive à la diphthérite, par M. Maingault, rapport par M. Henri Roger. (Société médicale des hôpitaux, 13 juillet.)

En général, les phénomènes du côté du pharynx ont disparu depuis plusieurs jours, lorsque la paralysie débute, et ce début se fait le plus souvent par le voile du palais. — La convalescence ne s'établit pas franchement; les malades maigrissent, perdent leurs forces, éprouvent des fourmillements dans les membres, des douleurs dans les articulations ou dans le dos; ils accusent de l'engourdissement ou de l'analgésie et ne peuvent plus se servir des membres inférieurs. — Si la paralysie devient vraiment générale, les fonctions de la vessie, du rectum et des organes génitaux sont aussi abolies. Les sens ne sont pas épargnés: la vue s'affaiblit ou se perd complétement. — La paralysie de la sensibilité et celle de la motilité sont quelquefois générales, d'autres fois partielles; elles sont complètes ou incomplètes. Les symptômes, dans tous ces cas, ne diffèrent pas de ceux que l'on trouve dans les paralysies tenant à une autre cause. — Notons quelques troubles généraux, tels que l'apyrexie, la faiblesse et la lenteur du pouls, la pâleur de la face, la paresse de l'intelligence, en un mot les signes habituels de l'anémie. — La paralysie diphthéritique se termine généralement par la guérison, après un temps variable. On a vu cependant des malades succomber à un véritable épuisement nerveux; d'autres, mourir asphyxiés par suite de l'introduction de matières alimentaires dans les voies aériennes. — Des médecins non prévenus ont pu confondre la

paralysie de la diphthérie avec la paralysie d'origine syphilitique, la paralysie hystérique, l'idiotie, la paralysie générale progressive, la méningite tuberculeuse; mais, après la lecture du mémoire que nous analysons, toute erreur nous paraît difficile, si l'on veut bien tenir compte de l'existence antérieure d'une affection pseudo-membraneuse et de la marche des phénomènes paralytiques, qui ne se montrent jamais d'emblée et qui envahissent les organes dans l'ordre suivant : voile du palais, vision, extrémités inférieures. — Le rapport de causalité entre la paralysie et la diphthérie ne saurait être nié; mais là s'arrêtent nos connaissances sur l'étiologie de cette affection qui, en effet, se montre à la suite des diphthéries graves, comme à la suite des diphthéries les plus légères ; il est difficile d'incriminer la présence de l'albumine dans les urines (découverte récente, à laquelle on a voulu faire jouer un certain rôle dans les phénomènes concomitants des affections couenneuses) ; nous disons que l'albumine ne doit pas être considérée comme la cause de la paralysie, car il y a d'une part de nombreux faits d'albuminurie sans paralysie, et, d'autre part, des faits pareillement nombreux de paralysie sans albuminurie.—L'étiologie étant si obscure, la nature de la maladie ne saurait être bien connue. Les autopsies ont montré que la paralysie diphthéritique devait être rangée parmi les paralysies essentielles; mais doit-on en chercher la cause prochaine dans l'asphyxie, dans l'anémie? Cette paralysie est-elle (Trousseau) l'effet d'une intoxication de l'économie par le principe morbide qui donne lieu à la diphthérie elle-même? — Ces explications sont hypothétiques et s'écroulent pour la plupart devant l'examen un peu sérieux des faits. — Malgré cette ignorance, il est rationnel de regarder la paralysie diphthéritique comme une paralysie par atonie et de la combattre par une médication tonique : la guérison paraît avoir été activée par les préparations de fer et celles de quinquina, les bains sulfureux et les bains salés, les affusions froides et les frictions stimulantes; on a aussi employé avec succès la strychnine, la noix vomique et l'électricité.

Certains phénomènes que l'on observe après l'angine diphthérique et que l'on peut désigner sous le nom de paralysie diphthéritique, par M. Péry. (Thèses de Paris, n° 101.)

L'auteur rapporte un grand nombre d'observations, afin de bien établir l'existence de ce genre de paralysie. Cette thèse n'est qu'un reflet des leçons cliniques de M. Trousseau.

De la paralysie consécutive de la diphthérie, par M. H. Boutin. (Thèses de Paris, n° 105.)

On trouve dans cette thèse dix-neuf observations empruntées

à différents auteurs, et une histoire assez complète de cette variété de paralysie.

Des paralysies consécutives à l'angine couenneuse, par M. H. Ranque. (Thèses de Paris, n° 116.)

Après avoir rapporté un certain nombre d'observations recueillies à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, l'auteur étudie dans trois chapitres distincts : 1° les lésions de l'intelligence et des sens spéciaux; 2° les lésions de la motilité, et enfin 3° celles de la sensibilité générale. M. Ranque étudie ensuite l'anatomie pathologique, le diagnostic, le pronostic et le traitement. Nous signalerons en terminant un chapitre de pathologie comparée où l'auteur fait voir que l'angine couenneuse a été observée chez le cheval et le porc, et que, chez le cheval, on a même observé la paralysie consécutive. Relativement à la nature de l'angine couenneuse, il la rattache à une altération profonde de l'économie ; il rapproche la diphthérie du rhumatisme et de la chorée qui peuvent aussi donner lieu à des paralysies.

Des accidents consécutifs à la diphthérie, par M. J.-N. Gros. (Thèses de Paris, n° 170.)

Après avoir rapporté un certain nombre d'observations, l'auteur se demande quel peut être le mécanisme de la mort. Il pense que, quand elle n'a pas lieu par suffocation ou asphyxie, elle est due à une intoxication qui a pour effet de paralyser le cœur.

Il étudie ensuite l'albuminurie, et arrive à cette conclusion que sa valeur pronostique est nulle. Il termine par une bonne étude de la paralysie diphthéritique.

Paralysie dans la diphthérie et dans les maladies aiguës, par M. Bernard. (Thèses de Paris, n° 255, et Gazette des hôpitaux, p. 610.)

Le but de l'auteur a été de démontrer : 1° qu'il peut se produire des paralysies musculaires, de l'anésthésie et des paralysies viscérales à la suite et dans la convalescence de toutes les maladies aiguës ; — 2° qu'il y a une paralysie qu'on pourrait appeler typhoïde ; — 3° qu'il y a une paralysie qu'on pourrait appeler pneumonique; — 4° qu'il y a des paralysies dysentériques; — 5° qu'il y a une paralysie diphthéritique, avec ou sans symptômes de paralysie locale du pharynx ; — 6° que toutes ces paralysies dépendent probablement d'une même cause générale, d'un même principe, qui est l'affaiblissement du système nerveux par les maladies, et quelquefois par l'action d'une diète trop prolongée et de moyens capables d'appauvrir l'élément globulaire du

sang. Ajoutons que la constitution médicale n'est pas étrangère à la fréquence de ces paralysies ; — 7° que le régime fortifiant et les moyens toniques sont ce qu'il y a de mieux à mettre en usage pour remédier à cette complication.

Paralysie diphthéritique, par M. Corbel. (Gazette hebdomadaire, p. 521.)

Deux observations.

Paralysie diphthéritique, par M. Tardieu. (Union médicale, t. IV, p. 4 et 12.)

Observation : angine pseudo-membraneuse ; paralysie du voile du palais persistant après la guérison ; passage d'un bol alimentaire dans la bronche gauche ; asphyxie.

Paralysies consécutives à l'angine diphthéritique, par M. P. Eade. (The Lancet, juillet, et Union médicale, t. IV, p. 397.)

Deux observations de paralysie des membres et de différentes parties du corps ; guérison par les toniques.

Angine couenneuse et croup avec albuminurie, par M. Gaux. (Société de biologie, janvier, et Gazette médicale de Paris, p. 165.)

L'auteur rapporte deux observations recueillies dans le service de M. Bouchut. Dans la première observation, on voit une chorée disparaissant à l'apparition d'une pneumonie. Celle-ci, à marche lente, se complique au bout de vingt-huit jours d'un coryza couenneux, d'une angine couenneuse. Jusqu'alors, les urines étaient saines ; deux jours après, elles deviennent albumineuses et le sont plus ou moins fortement jusqu'à la mort, sans que jamais l'enfant ait présenté des symptômes d'asphyxie. L'angine disparaît, mais l'anasarque survient, puis la mort. — L'autopsie montre les reins manifestement graisseux, tels qu'ils sont dans le deuxième degré de la néphrite albumineuse. — Dans la seconde observation, on voit un croup opéré se compliquant, le lendemain de l'opération, d'une rougeole. On n'a pu savoir à quand remontait l'albuminurie ; elle a eu une intermittence de trois jours et s'est compliquée d'œdème dans les derniers jours de la maladie. L'autopsie a montré les reins altérés. — Les mêmes observations ont été publiées dans la *Gazette des hôpitaux*, p. 69.

Angine couenneuse avec présence d'une quantité considérable d'albumine dans les urines, par M. Créquy. (Gazette des hôpitaux, p. 277.)

Dans ce cas, les phénomènes généraux étaient peu intenses, et la gorge était envahie par de larges fausses membranes ; on pouvait en conclure que la maladie était locale; l'examen des urines, en révélant une grande quantité d'albumine, a montré que l'économie tout entière était sous l'influence de la diphthérie.

Albuminurie et insensibilité comme indices d'un état asphyxique, par M. Ed. Robin. (Gazette des hôpitaux, p. 458.)

Dans cette note, l'auteur réclame la priorité de ces deux découvertes, qu'il a fait connaître, et dont il a donné l'explication dans des publications antérieures.

Inoculabilité de la diphthérie, par M. Bergeron. (Société médicale des hôpitaux, 22 juin, et Union médicale, t. III, p. 34.)

La diphthérie est-elle inoculable? M. Bergeron déclare qu'il n'est pas en mesure de résoudre cette question ; il se contente de rapporter deux faits qui tendraient à faire croire que la diphthérie peut se développer sur la muqueuse tonsillaire, son siége de prédilection, à la suite d'une piqûre faite à la peau par un instrument imprégné du sang ou des produits morbides, soit d'un individu atteint de croup, soit du cadavre d'un croupeux. — Dans les judicieuses réflexions qui suivent, M. Bergeron discute la nature de la maladie et l'influence qu'ont pu avoir les piqûres; mais il ne se prononce pas sur l'inoculabilité ou la non-inoculabilité de la diphthérie.

Inoculabilité et contagion de la diphthérite. — Durée de la période d'incubation, par M. H. Roger. (Société médicale des hôpitaux, 24 août; Union médicale, t. IV, p. 101 et 119.)

Dans ce travail, M. Roger prouve, par des observations, que la diphthérie peut se propager par contagion ; arrivant ensuite à l'examen de l'inoculabilité, il dit : Il est possible que la diphthérite soit inoculable; peut-être d'autres observations cliniques démontreront-elles la réalité du fait, et des expériences d'inoculation, répétées dans des conditions différentes, réussiront-elles davantage ; peut-être arrivera-t-on à déterminer quel est le point de l'économie souffrante où se cache le poison, et le mode suivant lequel il se transmet à d'autres organismes; mais, en ne consultant que les données actuelles, l'inoculabilité est plutôt

infirmée que confirmée par l'observation directe ; des recherches ultérieures (que M. Bergeron aura eu le mérite de provoquer par sa communication) sont nécessaires pour justifier des conclusions définitives et résoudre la question sans appel. — D'ailleurs, la question de l'inoculabilité de la diphthérite présente plutôt un intérêt scientifique qu'un intérêt pratique.

A la suite des deux communications précédentes, la question a été discutée devant la Société médicale des hôpitaux ; le problème n'a pas reçu de solution positive. On trouvera les différents discours dans l'Union médicale, p. 255, t. III, et p. 107, t. IV.

Inoculabilité de la diphthérie, par M. Sée. (Société médicale des hôpitaux, 14 septembre, et Union médicale, p. 206.)

M. Sée communique un fait d'inoculation de la diphthérite, qui lui paraît très-probant. — Il s'agit d'une nourrice qui allaitait deux enfants : l'un des deux avait une diphthérie buccale et vulvaire ; le sein de la nourrice est contaminé ; le deuxième enfant présente bientôt une diphthérie buccale ; la mère, à la suite du contact de ses lèvres avec celles de l'enfant, a aussi de la diphthérie dans la bouche. La mère et le second enfant ont eu la maladie par un contact répété de la membrane muqueuse labiale avec les produits diphthéritiques.

Traitement de l'œdème de la glotte par les scarifications, par M. Tudor. (The Lancet, 13 août, et Gazette hebdomadaire, p. 719.)

M. Tudor recommande ce traitement comme étant de beaucoup préférable, par sa simplicité, à la trachéotomie ; il l'a trouvé très-efficace et parfaitement suffisant dans un certain nombre de cas. Au lieu du bistouri ordinaire, entouré de bandelettes jusqu'à une petite distance de sa pointe, il se sert d'un instrument analogue à un bistouri courbe sur son tranchant, mais dont la lame est formée par une tige d'acier mousse, la pointe seule étant tranchante dans une petite étendue.

Œdème de la glotte succédant à l'angine pharyngée et tonsillaire; ses indications thérapeutiques, par M. Leudet. (Moniteur des hôpitaux, p. 633.)

Œdème de la glotte, par M. Genouville. (Bulletin de la Société anatomique, p. 81.)

Phénomènes d'œdème de la glotte chez un homme de vingt

ans, d'une bonne constitution, malade depuis trois jours seulement. — Trachéotomie. — Mort cinq jours après l'opération dans un accès de suffocation. A l'autopsie, on a trouvé une nécrose du cartilage cricoïde, avec infiltration de pus dans toutes les parties voisines du larynx ; les tissus environnants sont indurés. — M. Vidal a fait sur cette observation un excellent rapport, dans lequel il rappelle des cas analogues.

Traitement de l'aphonie nerveuse et de l'atrophie musculaire progressive par la faradisation, par M. Hennes. (Zeitschrift für klinische Medizin, et Gazette hebdomadaire, p. 365.)

Observations prouvant les bons effets de cette médication.

Spasme de la glotte chez un homme de cinquante-deux ans, par M. Ch. Bernard. (Société médicale des hôpitaux, 12 octobre, et Union médicale, t. IV, p. 474.)

Au milieu d'une excellente santé, un malade déjà sujet à des accidents nerveux est pris, pendant le premier sommeil, d'un accès violent de suffocation. Ces accès se renouvellent avec une grande persistance pendant une dizaine de jours et résistent à l'emploi des moyens ordinairement conseillés en pareil cas. C'est alors qu'on a recours à la méthode endermique pour introduire directement dans l'économie de la morphine, qui, ingérée dans l'estomac, n'avait encore produit aucun effet. Ce moyen fut suivi d'un soulagement immédiat et complet, fit cesser tous les accidents, non-seulement à la première application de la morphine, mais tant que la surface cutanée resta dénudée et dans des conditions propres à l'absorption du médicament. On put s'assurer que la cessation des crises tenait principalement à l'action de la morphine ; car, plusieurs fois, le malade n'en ayant pas appliqué, ou le vésicatoire s'étant desséché, on vit reparaître aussitôt, et avec plus ou moins d'intensité, les accès, qui cédaient de nouveau à l'emploi du même mode de traitement. — Outre les bons effets de la médication, nous devons signaler l'âge exceptionnel du malade. On sait que la plupart des auteurs considèrent le spasme de la glotte comme n'existant que chez les enfants.

Œdème de la glotte au quarantième jour d'une fièvre typhoïde, par M. Millard. (Bulletin de la Société anatomique, p. 81.)

Jeune homme de dix-huit ans, mort d'œdème de la glotte au quarantième jour d'une fièvre typhoïde grave, à forme adynamique ; il a succombé à une syncope pendant l'opération de la trachéotomie. Outre l'infiltration des replis aryténo-épiglotti-

ques, on a trouvé, au niveau de la corde vocale inférieure, une large ulcération, conduisant dans un foyer purulent, au fond duquel on trouve la moitié postérieure gauche du cartilage cricoïde à nu et ramollie, l'articulation crico-aryténoïdienne correspondante détruite, et le cartilage aryténoïde du même côté presque entièrement nécrosé.

Gangrène du larynx survenue dans le cours d'une fièvre typhoïde. — Trachéotomie, par M. Chippendale. (Union médicale, t. I, p. 367.)

Enfant de huit ans ; fièvre typhoïde grave ; au quinzième jour, asphyxie considérable ; trachéotomie ; mort, vingt-sept heures après l'opération. — Dans le larynx, on a trouvé une escarre noire, large comme une pièce de quatre pence, commençant à la racine de l'épiglotte, et s'étendant de chaque côté, en arrière, vers les cornes du cartilage thyroïde.

Ulcérations du larynx à la suite de fièvre typhoïde, par M. Ed. Baudot. (Union médicale, t. III, p. 83.)

Les ulcérations du larynx se sont accompagnées de nécrose et d'expulsion des séquestres. La malade, qui avait eu de l'aphonie et des accès de suffocation, a guéri et a même recouvré la voix.

Des affections laryngées dans la fièvre typhoïde, par MM. Charcot et A. Dechambre. (Gazette hebdomadaire, p. 465.)

MM. Charcot et Dechambre ont réuni les travaux publiés en France et à l'étranger. — Ils distinguent d'abord deux formes principales : la forme *ulcéreuse* et la forme *nécrosique*. — 1° L'ulcère laryngé typhique siége sur la paori *postérieure* du larynx. Il intéresse primitivement cette partie de la membrane muqueuse qui recouvre les muscles aryténoïdiens. On observe d'abord une ou plusieurs plaques *diphthéritiques* (fausse diphthérite), auxquelles succèdent une ou plusieurs ulcérations plus ou moins profondes. Les ulcérations gagnent peu à peu en étendue et en profondeur ; les cartilages aryténoïdes, ou même le cartilage cricoïde, peuvent être ainsi mis à nu, se nécroser et se détacher complétement. Il n'est pas rare non plus de voir des abcès se former sous la membrane muqueuse, à la partie postérieure du larynx. Cette affection peut se montrer pendant le cours du deuxième ou du troisième septénaire de la fièvre typhoïde ; mais elle appartient le plus communément aux phases ultimes de la maladie, ou même à la convalescence. Elle ne s'annonce souvent par aucun symptôme ; on observe seulement un peu de raucité de la voix, un peu de toux ; le larynx est quel-

quefois douloureux à la pression. Mais, à côté de ces cas, où l'affection peut rester et reste en effet souvent latente, il en est d'autres où elle s'accompagne de symptômes graves : c'est quand le larynx est rétréci par suite de la présence d'un abcès sous-muqueux, d'un fragment de cartilage prêt à se détacher, etc. D'autre fois, un œdème des replis aryténo-épiglottiques se développe. Enfin, il n'est point rare de voir cette affection secondaire revêtir les allures d'une maladie chronique et dégénérer en phthisie laryngée. — 2° La laryngite nécrosique, qu'on pourrait appeler *d'emblée*, a son point de départ dans l'enveloppe des cartilages du larynx, du cricoïde surtout. La membrane muqueuse n'est pas primitivement atteinte, et les pertes de substance qu'on y rencontre sont consécutives à la rupture des parois des abcès sous-muqueux. C'est *presque exclusivement pendant la convalescence* que se montre cette affection. La déglutition devient difficile, le larynx est sensible à la pression ; la peau qui le recouvre est souvent soulevée, en raison de l'œdème ou des abcès qui occupent le tissu péri-laryngé. — On observe de la dyspnée, une toux convulsive, de l'aphonie. On perçoit, en auscultant le larynx, des bruits sifflants ou ronflants. Il y a habituellement une vive anxiété et des accès de suffocation. Le rétrécissement du larynx dépend alors de la présence d'un abcès sous-muqueux ou d'un fragment de cartilage en partie détaché. La marche de l'affection est en général très-rapide. — D'après un relevé d'un certain nombre de cas qu'ont fait MM. Charcot et Dechambre, sur 19 trachéotomies, faites dans ces circonstances, la guérison aurait été obtenue 7 fois.

Diagnostic raisonné des affections du larynx, par M. M. Korassandjian. (Thèses de Paris, n° 2.)

Cette thèse est divisée en trois parties.—La première est consacrée aux signes physiologiques ; l'auteur passe en revue l'aphonie, les altérations du registre et du timbre de la voix, les troubles de la respiration, de la déglutition, la douleur, la toux, l'expectoration. — Dans la deuxième, l'auteur étudie les signes fournis par la vue, le toucher, l'auscultation. — La troisième a pour objet le diagnostic général des affections du larynx.

Spéculum laryngo-pharyngien et manière de s'en servir, par M. L. Turck. (Gazette hebdomadaire, p. 72, 104.)

L'auteur déclare que l'idée de l'examen du larynx et des instruments qu'il emploie lui a été suggérée par les expériences de M. Garcia. Il réclame à son tour la priorité sur Czermak, qui se

servait d'abord de l'appareil de M. Turck. — Cet appareil consiste en un miroir de verre enchâssé dans un cadre en maillechort ; il est supporté par une tige assez résistante et flexible en même temps pour que l'angle sous lequel elle s'adapte au miroir soit facile à changer. La tige se termine par un manche. — M. Turck passe ensuite en revue différents résultats physiologiques et pathologiques auxquels il est arrivé.

Contributions à la laryngoscopie, par M. Czermak. (Gazette hebdomadaire, p. 396.)

Dans cet article, qui résume les travaux de l'auteur, M. Czermak annonce qu'il se sert aujourd'hui d'un miroir métallique de forme quadrangulaire, fixé par un de ses angles à une tige recourbée et rigide, mais pouvant facilement recevoir des courbures variables pour adapter l'inclinaison du miroir à la forme et à la situation des parties à examiner. La lumière solaire, ou, à son défaut, celle d'une lampe, est projetée et concentrée sur le spéculum au moyen d'un miroir concave, percé d'un trou central à travers lequel on regarde. Ce miroir est monté également sur une tige, à l'aide d'une articulation en noix ; cette tige est tenue de la main gauche, ou, quand celle-ci doit rester libre, entre les dents, ou enfin fixée au front. — L'auteur rappelle plusieurs cas dans lesquels il a pu voir des lésions du larynx ; outre l'utilité, au point de vue du diagnostic, le laryngoscope peut servir sous le rapport thérapeutique, en ce qu'il est admirablement disposé pour faire de l'œil le guide de la main.

Pharyngo-nasoscope, par M. Czermak. (Wiener Medizin, et Gazette médicale de Lyon, p. 581.)

M. Czermak avait imaginé, en premier lieu, de soulever d'abord le voile du palais avec un crochet métallique (temps qui exige le relâchement du voile, qu'on obtient en faisant prononcer une voyelle fortement nasale), puis d'introduire un petit miroir, dont la face fût tournée en haut et en avant. — Plus tard, par simplification, et pour ne pas avoir les deux mains occupées dans cette manœuvre, il fit construire une canule métallique, coudée à angle droit, portant dans sa courbure un miroir en acier. Des deux branches du coude que représente l'instrument, la plus courte, intérieure, sert à soulever le voile ; la plus longue, qui communique à l'extérieur, est destinée à porter la lumière. — L'auteur, qui a répété ces expériences sur lui-même et sur le cadavre, déclare que, par ce moyen, l'on découvre avec la plus grande clarté les ouvertures nasales postérieures, le derrière du voile, la cloison, les cornets. Le plancher des fosses

nasales et le méat inférieur échappent seuls à l'exploration; mais il pense qu'on les apercevrait en superposant au premier un second miroir tombant sur lui à l'angle voulu.

Modifications apportées au stéthoscope ordinaire, par **M. Pitta.** (Académie de médecine, 9 août.)

Les modifications introduites dans le stéthoscope par M. Pitta consistent principalement en ce que l'extrémité thoracique de l'instrument est elliptique au lieu d'être circulaire, de manière à pouvoir s'adapter facilement à toutes les inégalités de la poitrine, et à pénétrer facilement dans les intervalles des côtes.

Stéthoscope perfectionné, par **M. Bryant.** (The Lancet et Gazette Médicale de Lyon, p. 52.)

Ce perfectionnement consiste en un appendice en gutta-percha, ou de caoutchouc vulcanisé, formant un pavillon qui se termine en tube. Ce tube tient à l'intérieur du stéthoscope ordinaire et le pavillon mobile fait saillie au dehors. — Or, le tube étant flexible en tous sens, il en résulte que le pavillon de l'appendice est mobile et qu'il peut s'appliquer commodément sur les parties à ausculter, quelque position que prenne l'observateur. Avec l'instrument imaginé par M. Bryant, quelles que soient l'attitude réciproque du praticien et celle du patient, le premier a toujours le bout du stéthoscope convenablement adapté à l'oreille; le second, toujours le pavillon mobile de l'instrument appliqué à plat sur la région à étudier.

Production du râle crépitant, par **M. Gorecki.** (Union médicale, t. III, p. 185.)

L'auteur rapporte la théorie suivante de M. Wintrich : La muqueuse des vésicules et des dernières ramifications bronchiques est gonflée et recouverte d'un exsudat visqueux; pendant l'expiration, leurs parois se trouvent en contact et se collent l'une à l'autre; pendant l'inspiration, au contraire, le courant d'air dilate ces mêmes conduits, détache les parois accolées, et produit ainsi un bruit sec qui constitue le râle crépitant. — Tout en admettant cette explication pour quelques cas, il pense qu'il se forme des bulles dans les conditions qui font entendre le râle crépitant.

Mensuration de la poitrine, par **M. Woillez.** (Académie des sciences, 3 janvier.)

M. Woillez envoie, comme pièce à joindre à ses précédents mémoires *sur la mensuration de la poitrine*, trois figures re-

présentant la coupe transversale de la poitrine chez un malade dont il a été question dans son quatrième mémoire ; ces tracés sont obtenus à l'aide de l'instrument que l'auteur a fait connaître sous le nom de *cyrtomètre*.

Des diverses attitudes des épaules dans l'examen de la poitrine, par M. Corson. (New-York Journal of medicine, mars, et Archives générales de médecine, juillet, n° 99.)

Le but de l'auteur, en faisant varier les attitudes des épaules pendant l'exploration du thorax, est surtout de diminuer les obstacles qui sont apportés à l'auscultation et à la percussion par les muscles pectoraux en avant, et par les omoplates et leurs muscles en arrière.

Sur quelques différences individuelles des organes respiratoires, par M. Guillet. (Thèses de Paris, p. 35.)

Ancien élève de l'Ecole polytechnique, M. Guillet a fait une sage application des principes les plus simples de la géométrie et de la mécanique à la mensuration et à la physiologie du thorax. Sa thèse est divisée en trois parties : — Dans la première, il étudie le volume des poumons. — Dans la seconde, il appuie sur des raisons solides l'avantage des conditions que M. Richet exige d'une poitrine bien conformée, à savoir : l'aplatissement d'avant en arrière, et l'augmentation progressive des diamètres de haut en bas. — Dans la troisième partie, M. Guillet décrit le spiromètre très-simple et portatif dont il est l'inventeur, et qui consiste en un petit tube, dans l'intérieur duquel se meut une hélice. Voici les principales conclusions auxquelles arrive l'auteur : — Le volume des poumons, chez les différents individus, varie de un à trois. — Il est, en général, beaucoup plus considérable chez l'homme. — Il n'y a pas de relation constante entre la taille et le développement des organes thoraciques. — Plus le thorax est conique, plus il est susceptible de se dilater, d'où l'influence funeste des corsets. — La forme arrondie du thorax favorise la production de l'emphysème. — D'accord avec Hutchinson, M. Guillet pense que le premier signe de l'invasion, ou même de l'imminence de la phthisie, est la diminution de la dilatabilité pulmonaire.

Influence mécanique de la respiration sur la circulation et sur certains organes, par M. P. Frapier. (Thèses de Paris, n° 98.)

L'auteur étudie, dans la première partie, l'influence de la respiration sur la circulation en général. La seconde est intitulée : Influence de la respiration profonde et accélérée sur le volume

du cœur et du foie, et sur la sonorité et l'élasticité du poumon. L'auteur expose les derniers travaux de M. Piorry sur cette matière et apporte quelques faits nouveaux à l'appui.

Injections nasales médicamenteuses, par M. Delvaux. (Journal de médecine de Bruxelles, février.)

L'auteur cite trois observations dans lesquelles les médicaments ne pouvant être pris par la bouche, la médication a pu être continuée, grâce à des injections faites dans les fosses nasales.

Bronchite aiguë chez un vieillard catarrheux, par M. A. Gauchet. (Union médicale, t. II, p. 82.)

Amendement; puis invasion simultanée d'un rhumatisme aigu articulaire et musculaire et d'une pleurésie à gauche; épanchement considérable, thoracentèse; symptômes de péricardite; guérison.

Anatomie pathologique; causes et diagnostic de la dilatation des bronches, par M. Gombault, rapport par M. Besnier. (Union médicale, t. III, p. 469.)

Analyse de la thèse de M. Gombault; nous l'avons donnée dans l'*Annuaire*, t. II, p. 155.

Diagnostic différentiel de la phthisie pulmonaire et de la dilatation bronchique, par M. Barth; leçon recueillie par M. Durante. (Union médicale, t. II, p. 199.)

Quand la phthisie est avancée, les lésions du poumon se retrouvent presque toujours des deux côtés; presque toujours aussi, dans la dilatation des bronches, la maladie est limitée à un seul côté. — Le siége de prédilection des cavernes tuberculeuses est au sommet, rarement ailleurs; celui des dilatations, au contraire, est à la partie moyenne et inférieure. — La dyspnée est ordinairement très-marquée dans la phthisie; elle est très-modérée dans la dilatation bronchique. — La voix, si souvent éteinte dans la phthisie, est toujours conservée dans la dilatation des bronches, maladie toute locale. — Dans la phthisie, la toux est continuelle, le matin comme le soir; dans la dilatation, le malade reste souvent plusieurs heures sans tousser, puis, à un moment donné, survient une toux violente avec expectoration, causée par l'évacuation subite de l'excavation. — Les phthisiques ne crachent pas beaucoup à la fois, mais les malades atteints de

dilatation bronchique rejettent quelquefois tout d'un coup une quantité de crachats si considérable qu'on pourrait croire à une vomique. — Dans la phthisie, les crachats sont nummulaires, déchiquetés ou pelotonnés ; dans la dilatation, ils sont formés de mucus puriforme, homogène ; ils surnagent l'eau et ne présentent aucune parcelle opaque. — Les phénomènes amphoriques, qui s'observent dans les cavernes tuberculeuses considérables, manquent toujours dans les bronches dilatées, parce que les excavations qu'elles forment ne sont jamais assez vastes pour les produire. — L'amaigrissement considérable et rapide de l'affection tuberculeuse manque. — La fièvre est rare le soir ; cependant elle peut exister et être liée au travail inflammatoire qui a donné naissance à la maladie. Il en est de même des hémoptysies qui s'observent quelquefois. Toujours peu abondantes, elles ne peuvent s'expliquer que par la gêne que la compression du tissu pulmonaire apporte à la circulation dans cet organe. — Les sueurs sont très-rares. — Quant à la marche, il faut remarquer que la toux des phthisiques, sèche d'abord, continue sans interruption, même pendant l'été, tandis que les malades atteints de dilatation toussent beaucoup l'hiver, à cause de la prédominance du catarrhe, et se portent beaucoup mieux pendant l'été. — La mort n'est pas causée par la dilatation des bronches : elle est due à l'intervention de quelque affection intercurrente. — Le traitement rationnel ne peut être institué que sur la connaissance des causes ; or, trois conditions amènent la dilatation des bronches : 1° La pleurésie à résolution lente, dont les adhérences, attirant la paroi thoracique d'un côté, et amenant son retrait incomplet, tiraillent d'une part le tissu pulmonaire, et finissent ainsi par dilater les canaux aériens. — 2° Les engorgements pulmonaires, qui se prolongent pendant un temps assez long. — 3° Enfin les bronchites fréquentes et repétées, qui affaiblissent le ressort des parois bronchiques. — Le meilleur traitement consiste, d'après ce qui précède : 1° à favoriser le rejet des mucosités par des expectorants, et de temps en temps par un vomitif ; 2° diminuer les sécrétions morbides par les balsamiques (baume de Tolu, goudron en pilules, de 20 centigrammes jusqu'à 10 et 25 par jour). On peut y associer les astringents, les sulfureux et les révulsifs cutanés ; 3° enfin reconstituer l'économie par les toniques, les ferrugineux et une bonne hygiène.

Causes de l'indépendance de la bronchite par rapport à la pneumonie, par M. Ch. Robin. (Gazette médicale de Paris, p. 24.)

M. Robin, pour expliquer la rareté de l'extension de l'inflammation des bronches jusqu'au poumon, fait remarquer : 1° qu'il

y a entre les bronches et le parenchyme pulmonaire une différence de composition anatomique et de texture aussi grande que celle qui sépare un conduit excréteur glandulaire du tissu de cette glande ; 2° que, dans les cas de bronchite, la portion du système capillaire qui est le siége de l'inflammation appartient au système capillaire proprement dit ou général, tandis que dans le cas de pneumonie, ce sont les capillaires du système de la petite circulation, recevant le sang noir par l'artère pulmonaire, qui sont le siége de l'inflammation.

Congestions pulmonaires ; leur diagnostic, leur traitement, par M. Delioux de Savignac. (Bulletin général de Thérapeutique, t. LVII, p. 5).

L'auteur s'occupe des congestions essentielles, et plus spécialement de certaines congestions qu'il a observées chez des personnes ayant pris des bains de mer. — Les caractères de ces congestions sont surtout révélés par l'auscultation : on entend des râles bullaires, crépitants et sous-crépitants fins. Pas de matité, pas de point de côté, mais un peu d'oppression ; toux nulle ou sans signification ; peu ou pas de fièvre. — Cette affection est voisine de la pneumonie. — La congestion idiopathique disparaît d'elle-même ; on peut hâter la guérison par des émissions sanguines, par le kermès, ou bien par l'oxymel scillitique uni au kermès.

Kermès et digitale à doses progressivement croissantes dans le traitement de la pneumonie, par M. A. Millet. (Bulletin général de Thérapeutique, t. LVII, p. 506.)

L'auteur n'a perdu qu'un malade sur quatre-vingt-sept enfants de huit à vingt ans, atteints de pneumonie. Il attribue cet heureux résultat à la médication qu'il emploie. Dès le premier jour, il donne une potion contenant 2 décigrammes de kermès et 2 décigrammes d'extrait hydro-alcoolique de digitale. Les jours suivants, le kermès et la préparation de digitale sont prescrits avec une augmentation de 1 décigramme par jour, jusqu'à concurrence de 1 gramme. — L'amélioration se montre dès le sixième ou le huitième jour. — Il ne faut jamais cesser brusquement la médication.

Emploi de l'oxysulfure d'antimoine comme expectorant dans les maladies inflammatoires des organes respiratoires chez les enfants, par M. Jacobi. (Bulletin général de Thérapeutique, t. LVII, p. 298.)

L'auteur rappelle les phases si différentes de l'histoire de l'action thérapeutique de ce médicament, qui, adopté avec enthou-

siasme par les uns, a été complétement rejeté par les autres. M. Jacobi l'emploie à la dose de 1 ou 2 grains toutes les deux heures, chez les enfants, et il en a obtenu d'excellents résultats dans les inflammations des organes respiratoires; mais son efficacité n'existe qu'après la disparition des phénomènes les plus aigus, alors toutefois qu'il y a encore de la fièvre et qu'il faut de toute nécessité faciliter l'expectoration et l'absorption des produits plastiques.

Emploi de la vératrine dans les affections aiguës de poitrine, par M. Ghiglia. (Gazetta medica Sarda, et Bulletin général de Thérapeutique, t. LVI, p. 109.)

L'auteur associe la vératrine à l'opium, tantôt sous forme pilulaire, tantôt en sirop. La dose de vératrine est de 5 milligrammes par pilule, avec addition de 5 centigrammes d'opium, et le nombre des pilules à prendre dans les vingt-quatre heures varie entre six, sept et même douze, suivant les cas. — Les résultats obtenus par M. Ghiglia dans certains cas de pneumonie, de bronchite, de broncho-pneumonie, ont été tantôt des plus remarquables, et tantôt moins favorables, et voici en quels termes l'auteur a résumé les résultats de ses expérimentations : « 1° Les inflammations des voies respiratoires, quand elles sont arrivées à ce point qu'elles ont produit une véritable désorganisation, ne sont pas avantageusement modifiées par l'emploi de la vératrine; 2° l'action de cette substance est d'autant mieux sentie et d'autant plus utile que la maladie est plus récente (l'auteur avance des doutes sur son utilité dans le rhumatisme articulaire aigu); 3° la tolérance est très-diverse, suivant les individus et peut-être aussi suivant certaines circonstances particulières non encore bien appréciées ; 4° plus la tolérance cesse facilement et plus la dépression est marquée; 5° la vératrine est, sous beaucoup de rapports, un médicament à préférer à d'autres médicaments plus constants dans leur action, mais moins faciles à prendre et offrant quelques inconvénients qui en empêchent l'usage un peu prolongé ; 6° enfin, il est peut-être prudent, dans les inflammations graves des voies respiratoires, de faire précéder la vératrine par quelques saignées. »

Pneumonie double avec accidents cérébraux, par M. Aran. (Bulletin général de Thérapeutique, t. LVI, p. 170.)

Cet article a été écrit pour rappeler et démontrer une fois de plus que le marteau de Mayor est un des moyens les plus certains de réveiller la vitalité de l'organisme. Il s'agit d'un malade affecté d'une double pneumonie, traité par la vératrine. Les acci-

dents cérébraux étaient formidables : perte de connaissance, les yeux tantôt complétement ouverts, tantôt complétement fermés, les globes oculaires roulés en haut, dilatation et immobilité des pupilles, bouche entr'ouverte, pouls misérable, respiration haute, difficile, plaintive. A partir des applications du marteau de Mayor, tout rentre dans l'ordre, l'agitation disparaît, la connaissance revient et le malade guérit rapidement de sa pneumonie.

Des symptômes et du traitement de la pneumonie aiguë simple, aux divers âges, par M. Gay-Bellile. (Thèses de Paris, nº 131.)

Sur la pneumonie bilieuse, par M. Klotz. (Thèses de Paris, nº 168.)

Note sur la généralisation de l'emploi de la potion rasorienne dans toutes les affections fébriles des organes respiratoires, par M. Fonssagrives. (Bulletin de Thérapeutique, t. LVII, p. 145.)

M. Fonssagrives résume, dans les conclusions suivantes, un excellent travail sur ce sujet : « 1º L'émétique, une fois que la tolérance est établie, peut être donné pendant des mois entiers à des doses de 20 à 10 centigrammes, et concurremment avec une alimentation très-réparatrice, sans provoquer le moindre trouble digestif, ni amener le moindre malaise général. La constipation survient presque invariablement sous son influence. — 2º Il y a tout avantage à remplacer les antimoniaux insolubles donnés d'habitude à la fin des pneumonies aiguës par des doses décroissantes, mais prolongées, d'émétique. — 3º Dès que la bronchite aiguë simple dépasse certaines limites, il convient de lui opposer la potion stibiée. Cette médication est encore mieux indiquée, lorsque les poumons sont suspects ou lorsque la bronchite confine à la pneumonie, sans qu'un diagnostic précis puisse être formulé, comme cela arrive si souvent chez les enfants. — 4º L'émétique à hautes doses arrête le plus souvent les accidents aigus du ramollissement tuberculeux, et maintient ou ramène la phthisie sous cette forme apyrétique à laquelle les eaux thermales sulfureuses et les huiles de poisson sont opposées avec avantage. L'existence de signes de ramollissement de l'estomac constitue la seule contre-indication à l'emploi de ce moyen. — 5º Ce traitement est applicable avec grande chance de succès à la période æstueuse de la bronchite capillaire, à la pneumonie intercurrente des fièvres typhoïdes et à la bronchite généralisée très-aiguë à laquelle sont sujets les emphysémateux. — 6º Il serait possible que l'émétique continué à petites doses, pendant une série de plusieurs mois, rendît définitivement stationnaires les tubercules déposés dans le tissu du poumon, mais c'est un point à réserver pour l'expérimentation ultérieure. »

Inhalation d'hydrogène antimonié dans les phlegmasies pulmonaires, par M. Hannon. (Presse médicale belge, novembre.)

Par ces inhalations, la marche de la maladie se simplifie et le traitement est plus facile. La tolérance a toujours lieu, l'action de l'antimoine se localise, pour ainsi dire, et l'appareil vasculaire des organes respiratoires semble seul prendre part à l'action du médicament. La saignée est rarement nécessaire, la guérison est prompte et la convalescence est de courte durée. — Pour administrer ce médicament, on place le mélange d'alliage de zinc et d'antimoine, et de tartre stibié ou de chlorure d'antimoine, d'où doivent se dégager les vapeurs d'hydrogène antimonié, dans un flacon à large tubulure, et l'on y ajoute d'heure en heure, quand le malade doit aspirer le gaz, 2 ou 3 grammes d'acide chlorhydrique, jusqu'à ce que 30 grammes d'acide soient employés.

Traitement de la pneumonie, par M. Bell. (The Glascow med. Journ., et Gazette médicale de Paris, p. 140.)

Cet article a été écrit pour réfuter les opinions émises par Bennett.

Pneumonie traumatique causée par un épi de seigle, par M. Liharzik. (Union médicale, t. III, p. 512.)

Un garçon de quinze ans avala en parlant un épi de seigle qu'il tenait dans la bouche. Il survint immédiatement un violent accès de toux qui s'est répété plusieurs fois, et qui fut suivi de symptômes de bronchite. Quelque temps après, la santé s'est remise ; néanmoins, il restait une petite toux fréquente, avec expectoration d'une petite quantité de mucus tenace, globuleux, gris foncé, coloré parfois en brun foncé. A l'auscultation, on trouvait seulement en arrière, dans le poumon droit, de la submatité depuis le sommet jusqu'à un pouce au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate, et le bruit respiratoire renforcé dans le sommet et très-peu distinct plus bas. Douleur, dyspnée, toux, pouls à 105. Deux jours après, pendant un violent accès de toux accompagné de vomissements, expectoration d'une grande quantité de matière purulente, fétide, gris foncé, renfermant du sang brun. Ces crachats continuèrent abondants, mais l'état général du malade resta bon. Les symptômes continuèrent, et, quelques jours après, il survint de l'enrouement allant jusqu'à l'aphonie complète. Pendant une nuit très-agitée, avec toux plus fréquente e plus sèche, l'épi fut rejeté dans un violent accès de toux.

Pneumonie chez un buveur. — Délire violent au quatrième jour. — Prompte guérison, par M. Dégrange. (Union médicale de la Gironde, mai; Union médicale, t. III, p. 191.)

Un homme, ayant l'habitude de boire beaucoup de vin, fut pris, dans le cours d'une pneumonie, d'un délire violent et continu. Le médecin prescrivit quelques aliments et deux verres de vin. Le délire se calma rapidement.

Etudes sur les pneumonies et notamment sur les pneumonies scorbutiques, par M. Rambaud. (Gazette médicale de Lyon, p. 59, 112, 165, 186, et Lyon, imprimerie Vingtrinier, in-8, 46 pages.)

L'auteur a fait son mémoire avec 113 observations, recueillies en 1855 à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Il partage en trois catégories les pneumonies qu'il a soignées : les pneumonies simples, les pneumonies à forme typhoïde, et les pneumonies asphyxiques. Ces dernières ont été observées chez des militaires scorbutiques ; on verra, par le résumé suivant, quelles sont les idées de M. Rambaud sur ce sujet. — Le froid, l'humidité, les fatigues extrêmes, les émotions tristes constituent, par leur réunion, les causes les plus actives du scorbut. — Ces causes, en concentrant leur action, peuvent déterminer rapidement une altération scorbutique du sang, et produire une des formes aiguës de cette cachexie. — Cette altération du sang, comme aussi, probablement, celle qui survient dans le scorbut lentement développé, a cela de trés-remarquable, qu'elle le rend rebelle à l'hématose. — C'est à cette altération du sang qu'il faut attribuer l'extrême faiblesse des scorbutiques, faiblesse qui atteint tous les muscles sans exception. — Les affections fébriles qui surviennent chez les scorbutiques, comme l'avait dit Lind, sont ordinairement mortelles, et surtout quand elles tendent encore à diminuer le champ de l'hématose. — La mort survient souvent alors par l'asphyxie, et cette asphyxie est produite par l'état du sang et la défaillance du cœur. — Il importe absolument de soustraire les hommes, gravement frappés par le scorbut, à toute espèce d'émotions, de mouvements ou de causes quelconques pouvant accélérer accidentellement les mouvements du cœur, sous peine de les voir succomber à une sorte d'asphyxie foudroyante. — La pneumonie des scorbutiques, en tant que pneumonie, se reconnaît aux signes stéthoscopiques ordinaires, mais elle a pour caractéristique les symptômes du scorbut, et particulièrement la faiblesse, la cyanose, l'anhélation extrême, la mort subite par asphyxie et l'accumulation de fibrine aux orifices du cœur. — Le traitement de cette espèce de pneumonie est des plus difficiles, et il importe d'accorder une attention particulière à la complication

scorbutique et aux accidents qui en découlent. — Les pneumonies à forme typhoïde se faisaient remarquer par l'adynamie des malades ; elles exigeaient un traitement spécial. — Dans les remarques sur les pneumonies simples, l'auteur fait l'apologie de la saignée dans le traitement de ces maladies.

La saignée dans le traitement de la pneumonie, par **M. G. Peyraud.** (**Gazette médicale de Lyon, p. 373, et Lyon, imprimerie Vingtrinier, in-8, 20 pages.**)

L'auteur combat les idées émises dans le travail précédent sur l'utilité des saignées ; il rappelle sa pratique, et il croit pouvoir établir, d'après ce qu'il a vu, que, contre la pneumonie, la saignée générale doit être l'exception et non la règle ; qu'elle ne doit pas être appliquée à tous les malades, dès que la pneumonie est constatée, comme le serait une consigne dans un hôpital militaire ; mais qu'auparavant on pèse mûrement les circonstances de l'âge, de la constitution, du tempérament du malade, de ses habitudes, etc. L'indication que l'on prétend remplir par la saignée, et qui est de diminuer la masse du sang qui traverse les poumons dans un temps donné, peut souvent être aussi efficacement remplie par l'emploi des antimoniaux. Il est, en effet, universellement reconnu aujourd'hui que cette action contro-stimulante que Rasori avait constatée, sans pouvoir l'expliquer, dans le tartre stibié, consiste surtout dans la propriété qu'il a de ralentir la circulation. Cette propriété est commune au kermès, à l'oxyde blanc d'antimoine, et, en général, à tous les médicaments qui ont ce métal pour base. Cela établi, combien les indications de la saignée deviennent moins fréquentes ! A part certains cas de pléthore évidente ; à part ces cas où la fluxion pulmonaire a pris tout à coup ce degré d'intensité qui lui a valu le nom d'*apoplexie pulmonaire*, combien il sera facile de guérir souvent les pneumoniques, sans les soumettre à cette opération qui les démoralise si fréquemment, et qui produit presque toujours une impression pénible sur leur entourage ! Mais, à part ces cas, et sauf de rares exceptions, où la sagacité du médecin reconnaîtra l'indication de tirer du sang, l'auteur conseille de traiter les pneumonies graves par le tartre stibié ; celles d'une intensité moindre, et qui occupent une partie moins considérable du poumon, par l'oxyde blanc d'antimoine, combinés, l'un et l'autre, avec toutes les boissons et préparations pectorales dont l'expérience a sanctionné l'usage dans le traitement de cette maladie.

Documents pour la statistique de la pneumonie, par M. Mitchel. (British med. Journ., et Gazette médicale de Paris, p. 128.)

Statistique de l'hôpital général de Vienne, sur une période de

dix ans. La mortalité, en moyenne, a été de 24,4 pour 100. — Les médecins de Vienne traitent par l'expectation : repos, abstinence, eau pour boisson. Ipécacuanha dans le cas de secrétion bronchiale abondante. — Ils n'emploient la saignée que dans les cas de grande oppression, pour procurer aux malades un soulagement temporaire.

Compte rendu de quatre cents observations relatives au traitement de la pneumonie, par M. Poncet. (Thèses de Paris, nº 70.)

Le nombre des observations qui servent de base à cette thèse donnent une grande valeur aux résultats auxquels l'auteur est arrivé. Nous les signalerons chemin faisant. — M. Poncet traite spécialement de la pneumonie franche qu'il définit : un état morbide caractérisé anatomiquement par l'inflammation du poumon. Passant ensuite en revue l'étiologie, le siége, la terminaison, les complications, il établit l'influence du froid et de l'humidité ; la coexistence plus fréquente des accidents cérébraux avec la pneumonie du sommet ; l'existence et l'importance des crises niées par M. Piorry. — L'auteur termine par le traitement auquel il s'est surtout attaché. Après avoir signalé la différence qu'il y a entre le traitement nul et l'expectation, il croit pouvoir conclure que : — 1º Dans la grande majorité des cas de pneumonies simples, d'étendue et d'intensité moyennes, l'oxyde d'antimoine aidé de soins hygiéniques assure la guérison. — 2º Dans les pneumonies intenses l'émétique à haute dose peut modifier très-rapidement l'état local ; mais ce médicament doit être administré avec réserve et ses effets doivent être surveillés avec soin. — 3º Il y a indication de pratiquer la saignée quand la peau est sèche et le pouls dur. — 4º Les sangsues et les vésicatoires modifient avantageusement le point de côté et produisent une révulsion salutaire.— 5º L'emploi des vomitifs est indiqué par les troubles gastriques et la constitution médicale. — 6º La digitale et les boissons émollientes doivent être employées concurremment avec les moyens précédents. — 7º Dans quelques cas exceptionnels les toniques et les antispasmodiques sont indiqués.

De l'expectation dans la pneumonie franche, par M. Legendre. (Archives générales de médecine, septembre, p. 283.)

Une série de douze cas de pneumonies franches, pneumonies toutes traitées par l'expectation et toutes guéries, malgré l'extrême gravité apparente de plusieurs d'entre elles, ont fait avancer à M. Legendre les trois propositions suivantes : 1º La pneumonie franche, se développant accidentellement au milieu d'une bonne santé, est, au moins chez les enfants, une maladie qui se

termine habituellement, pour ne pas dire toujours, d'une manière favorable ; — 2° Cette maladie est caractérisée par un ensemble de symptômes pouvant, à la rigueur, être divisé en trois périodes : période d'invasion, d'état et de déclin ; — 3° L'évolution de ces trois périodes aura une durée moyenne de sept jours. — Mais Legendre établissait une distinction entre la pneumonie franche et la pneumonie catarrhale. — Or, tandis que la pneumonie franche guérit par les seules forces de la nature, il en est tout autrement de la pneumonie catarrhale. — Si la pneumonie est si fatale aux deux extrêmes de la vie, c'est que chez les très-jeunes enfants, comme chez les vieillards, on a affaire le plus ordinairement à la pneumonie catarrhale, et si elle est si bénigne à l'âge adulte, c'est qu'à cette époque de la vie ce sont les pneumonies franches, légitimes, les fluxions de poitrine proprement dites, qui sont de beaucoup les plus fréquentes. Ce n'est donc pas à l'âge qu'il faut attribuer l'influence principale sur le pronostic, mais à la nature même de la maladie. — Tandis que s'il s'agit d'une pneumonie franche, on est presque assuré d'avance du succès, quelque méthode de traitement qu'on mette en usage : il n'en est pas de même si on a affaire à une pneumonie catarrhale, dont le traitement réclame toutes les ressources de l'art.

Pneumonie double, par M. Hillairet. (Gazette médicale, p. 162.)

Observation ayant pour titre : Pneumonie double ; mort ; hépatisation grise du poumon du côté gauche ; diffluence noirâtre des lobes inférieurs des deux poumons, ayant l'apparence de la gangrène ; traces de péricardite ancienne et récente ; rétrécissement de l'orifice aortique ; taches noires nombreuses dans les replis du péritoine ; capsule surrénale droite atrophiée.

Etiologie de la pneumonie. — Pneumonie rhumatismale, par M. Arronsohn. (Gazette médicale de Strasbourg et Gazette médicale de Paris, p. 404.)

L'auteur a voulu : 1° établir l'identité de nature entre certaines pneumonies et le rhumatisme aigu ; 2° démontrer que les pneumonies rhumatismales offrent de préférence la forme fibrineuse ou inflammatoire hyperplastique.

Réflexions sur la pneumonie bilieuse, la catalepsie et la lycanthropie, par M. Casamayor-Dufour. (Thèses de Montpellier, n° 54.)

Pneumonie arrivée au passage avancé du second degré au troisième, traitée par les saignées coup sur coup, service de M. Bouillaud. (Gazette des hôpitaux, p. 590.)

Le but de cet article est de prouver l'excellence de l'emploi

des émissions sanguines méthodiquement et rationnellement dirigées.

Pneumonie mobile compliquée au quatorzième jour d'une variole maligne. — Mort le dix-neuvième jour, par M. Beau. (Gazette des hôpitaux, p. 282.)

Cette observation nous présente à considérer plusieurs particularités importantes : 1° On y voit une pneumonie dans laquelle l'hépatisation, annoncée par le souffle, a envahi et abandonné successivement différents points du sommet du poumon droit. C'était donc une pneumonie mobile et comparable, dès lors, à l'érysipèle, sous le rapport de sa marche. — 2° La modification de bruit, appelée bruit d'expiration prolongée, a existé ici d'une manière manifeste. Ce n'est donc pas le signe caractéristique des tubercules pulmonaires. On trouve l'*expiration prolongée*, non-seulement dans les tubercules, mais encore dans l'hépatisation et dans l'épanchement pleurétique. C'est un bruit complexe qui résulte du souffle uni à du murmure vasculaire. — 3° Enfin, on a ici un exemple d'une variole mortelle survenue chez un individu vacciné.

Paralysie pneumonique, par M. Macario. (Union médicale, t. IV, p. 275.)

L'auteur publie plusieurs observations, tirées de son ouvrage sur les *paralysies dynamiques*, prouvant que la paralysie du mouvement et du sentiment peut survenir à la suite des affections pulmonaires aiguës.

Des abcès aigus du poumon, par M. N. Rana. (Thèses de Paris, n° 102.)

Les abcès du poumon sont plus communs dans la vieillesse ; ensuite vient l'enfance, et en dernier lieu l'âge adulte. — Diagnostic de ces abcès avec certaines manifestations syphilitiques du côté des poumons : avec les collections purulentes de la plèvre. — Le pronostic n'est pas nécessairement fatal.

Quelques considérations sur la thoracentèse dans le traitement des épanchements pleurétiques, par M. E. Léger. (Thèses de Paris, p. 152.)

Après un aperçu historique, l'auteur examine les différentes objections que l'on peut adresser à cette opération, et il arrive à conclure que la thoracentèse est une opération innocente. —

Cette opération est indiquée toutes les fois qu'il existe des phénomènes de compression ou d'asphyxie ; elle doit être faite immédiatement quand l'épanchement est considérable, parce que dans ces conditions le malade est exposé à la mort subite. — Les injections sont indiquées quand le liquide est purulent, et dans les épanchements séreux quand ceux-ci ont de la tendance à se reproduire après la ponction simple. La thèse se termine par l'examen des différents procédés opératoires.

Du bruit de frottement dans la pleurésie, par M. Trousseau. (Société médicale des hôpitaux, 11 et 25 mai.)

M. Trousseau est venu déclarer que, pendant longtemps, il a entendu le bruit de frottement ; — il y croyait, mais sa confiance va se perdant de jour en jour. Depuis quatre ans, le très-habile professeur cherche ce symptôme avec le plus grand soin, et il n'a pu le constater qu'une seule fois dans les services de l'Hôtel-Dieu. — Il a bien rencontré dans le catarrhe chronique, dans la pleurésie ou la pneumonie en résolution, le bruit particulier dit bruit de frottement, mais il pense que ce bruit est un râle sonore que la toux fait disparaître. Quant au véritable frottement pleurétique, le seul qu'il mette en question, M. Trousseau ne le trouve plus que très-rarement, et, du reste, au point de vue physique, il comprend mal la production d'un pareil bruit, quand des adhérences réunissent les deux feuillets de la plèvre, ou bien lorsqu'il n'existe que des fausses membranes molles qui ne peuvent frotter l'une sur l'autre.

La nouvelle idée de M. Trousseau n'a pas, du premier coup, fait fortune. En résumant les raisons qu'on a fait valoir contre M. Trousseau, on voit que le bruit de frottement peut exister dans la plèvre, puisqu'il existe dans le péricarde et dans le péritoine dans des conditions analogues ; — qu'il a été distingué des râles bullaires sous-crépitants dont a parlé M. Trousseau ; — et enfin qu'il est un signe fréquent de la pleurésie.

Empyème pulsatile, par M. Heyfelder. (Bulletin de l'Académie royale de Belgique, deuxième série, t. II.)

Un pharmacien, âgé de quarante-six ans, bien portant jusque-là, fut pris de douleurs rhumatismales qui se propagèrent de l'épaule droite jusqu'au sternum, de fièvre, d'un peu de toux, et de perte de l'appétit. Au bout de deux mois, se développa sur le côté droit de la poitrine, tout près du sternum, entre les deuxième et troisième côtes, une petite tumeur lisse, de forme sphérique, qui, d'abord, disparaissait de temps en temps, mais qui, plus tard, s'accrut visiblement et ne disparut plus, pendant que la respira-

tion devenait gênée, et qu'il se montrait dans ladite tumeur des battements isochrones à ceux du pouls radial et de la fluctuation; bruit obscur à la percussion; aucun bruit caractéristique d'un anévrysme à l'auscultation. Une ponction exploratrice ayant donné issue à du pus, l'auteur dilata la petite ouverture par laquelle s'évacuèrent sept ou huit onces de pus, et qui permit de constater par l'introduction d'une sonde l'existence d'une poche assez étendue dans la poitrine. L'ouverture se ferma, puis la tumeur se développa de nouveau, pour s'ouvrir d'elle-même, puis se guérit définitivement après avoir donné issue à beaucoup de pus. — Deux cas de cette nature avaient été déjà décrits, l'un par Stokes, et l'autre par M. Aran; chez tous trois les battements de cet épanchement enkysté étaient dus au voisinage du cœur.

Epanchement pleurétique purulent, par M. Boullet. (Gazette des hôpitaux, p. 139.)

Une observation : on a fait la thoracentèse, puis une injection iodée. Guérison.

Fréquence et gravité des épanchements pleurétiques dans l'armée, par M. Saucerotte. (Gazette médicale de Paris, p. 587.)

L'auteur prouve, par des statistiques : 1° que les épanchements pleurétiques sont beaucoup plus communs dans l'armée que chez les ouvriers des villes et des campagnes, bien que ceux-ci commettent à peu près les mêmes imprudences ; 2° que des épanchements très-considérables et d'une résolution difficile ou impossible se forment chez nos soldats, dans un temps relativement très-court. — Peut-être faut-il attribuer ces faits à un défaut de plasticité du sang, qui pourrait bien reconnaître pour causes l'insuffisance du régime animal et l'agglomération.

Phthisie laryngée, par M. Gellé. (Bulletin de la Société anatomique, p. 485, 1858.)

Aphonie presque complète chez un tuberculeux. A l'autopsie, on a trouvé deux ulcérations superficielles sur les cordes vocales.

Hypertrophie et dégénérescence cireuse du foie dans la phthisie pulmonaire, par M. Tissier. (Bulletin de la Société anatomique, p. 160.)

La malade dont il est question a succombé à la phthisie ; elle n'avait jamais pris d'huile de foie de morue ; le foie était

très-volumineux et présentait l'apparence et la structure des foies cireux.

De la phthisie pulmonaire, de ses causes et de son traitement, par M. A. Poirée. (Thèses de Paris, n° 3.)

Toutes les causes qui ont pour effet d'amener l'appauvrissement de l'économie amènent la phthisie ; néanmoins il faut admettre une prédisposition ; car sous l'influence de ces mêmes causes on voit se développer d'autres maladies. On doit empêcher les mariages entre parents. Comme moyens puissants de guérison, l'auteur recommande de réveiller les fonctions de la peau ; il préconise la gymnastique des muscles respiratoires, l'exercice du cheval, si vanté par Sydenham. — Sous l'influence des hypophosphites, il a presque toujours vu les malades reprendre de l'appétit et de l'embonpoint.

Sur l'étiologie et le traitement de la phthisie pulmonaire, par M. L. Kinneweel. (Thèses de Paris, n° 33.)

L'auteur reproduit en grande partie les idées de M. Bouchardat. Il pense qu'une bonne hygiène suffit souvent pour empêcher le développement de la phthisie chez les gens prédisposés. Il semble évident à l'auteur que la vaccine ne fait qu'abandonner à la phthisie les sujets qu'elle préserve de la variole. Le tempérament lymphatique ou lymphatico-nerveux prédispose à la phthisie, tandis que le tempérament sanguin semble jouir d'une sorte d'immunité. — La continuité de la perte ou l'insuffisance des aliments de calorification conduisent à la tuberculisation. — Les hypophosphites joints à une bonne hygiène sont appelés à rendre des services.

Du tissu tuberculeux. — De la tuberculisation ; viciation organique et fonctionnelle, par M. F. Bellanger. (Thèses de Paris, n° 135.)

Cette thèse est divisée en quatre parties. Dans la première, l'auteur étudie la matière tuberculeuse, dont il décrit en détail la conformation et la structure ; nous signalerons le paragraphe qui est consacré à la forme minérale du tubercule. — La seconde partie est intitulée : *De la tuberculisation.* L'auteur suit son développement dans les différents appareils et termine en donnant les lois suivant lesquelles elle se fait. — Les deux dernières parties sont consacrées à l'étude des lésions anatomiques et des lésions fonctionnelles. — La longueur de cette thèse ne nous permet pas d'entrer dans le détail des nombreux faits qui y sont contenus.

Sur quelques difficultés de diagnostic dans les maladies chroniques des pulmonaires, par M. René Briau. (Gazette hebdomadaire, p. 168, 179.)

M. René Briau a pu se convaincre, pendant son séjour aux Eaux Bonnes, des difficultés que présentait le diagnostic de la tuberculisation au début. Il pense que l'ensemble de phénomènes ou signes dits *physiques* et *rationnels*, regardés généralement comme l'expression normale, sinon exclusive, de la phthisie pulmonaire au premier et au deuxième degré, se rencontre aussi dans d'autres états morbides des organes respiratoires; que le diagnostic différentiel de ces diverses altérations pulmonaires non tuberculeuses et de la phthisie vraie et légitime offre des difficultés qui, dans l'état actuel de la science, ne peuvent être résolues le plus souvent que par la terminaison de la maladie; que ces différentes lésions non tuberculeuses peuvent être primitives et spontanées, ou bien consécutives aux phlegmasies des plèvres, du tissu pulmonaire ou des bronches.

Curabilité et traitement de la phthisie pulmonaire et des tubercules, par M. Piorry. (Académie de médecine, 18 et 25 octobre.)

M. Piorry résume l'ensemble de son travail dans les conclusions suivantes : — 1° Les symptômes désignés sous le nom de *phthisie pulmonaire* appartiennent à des états morbides divers qui souvent ne sont pas des affections tuberculeuses. — 2° Ces symptômes sont, en général, ceux de la septico-pyhémie chronique ajoutés à ceux d'une affection lente des organes pulmonaires. — 3° Il y a un traitement, et non pas un remède à employer contre la pneumophymie, c'est-à-dire contre la tuberculisation des poumons. — 4° Ce traitement varie en raison des états organiques qui, dans la pneumophymie, se succèdent ou coexistent. — 5° Les indications thérapeutiques découlent ici des états pathologiques existants. — 6° C'est sur une diagnose anatomique et physiologique très-exacte que le traitement général de la pneumophymie peut se fonder. — 7° Des soins hygiéniques convenables, des moyens propres à favoriser l'expectoration, sont les agents les plus propices pour prévenir le développement des tubercules pulmonaires. — 8° Il est possible que les tubercules à l'état initial soient susceptibles de rétroaction, et par conséquent de disparition. — 9° Il est certain que la respiration profonde et réitérée diminue tout d'abord l'étendue des indurations pulmonaires chroniques. — 10° La respiration des vapeurs d'iode, qui n'a pas d'inconvénient alors que l'on prend pour la faire pratiquer les précautions convenables, diminue l'étendue du mal et améliore sensiblement l'état du malade. — 11° L'action de fumer

l'iode, quel que soit l'appareil que l'on emploie, est infiniment moins avantageuse que les simples inspirations de vapeurs iodiques. — 12° L'une des premières indications, dans les cas de cavernes tuberculeuses, est d'évacuer la matière pyoïde, qui se putréfie, se décompose dans les cavernes, cause ainsi la septicopyhémie, et qui, oblitérant les canaux aériens, cause la mort. — 13° Le contact des crachats purulents avec la membrane gastro-entérique paraît causer en partie la diarrhée des pneumophymiques, qui ne doivent pas, en conséquence, avaler les crachats qu'ils expectorent. — 14° Les vapeurs alco-iodiques, de teinture d'iode, ou même simplement alcooliques, sont utiles pour empêcher le pus des cavernes de se putréfier et de causer la septicopyhémie chronique; elles le sont encore pour obtenir la cicatrisation des phymospéies. — 15° La compression des cavernes pulmonaires superficielles peut avoir de l'utilité. — 16° Le temps et la pratique éclairée par la diagnose positive et mathématique apprendront si l'on peut, dans quelques cas, ouvrir utilement certaines cavernes pulmonaires pour injecter de l'iode. — 17° Le phosphate de chaux peut avoir de l'avantage pour augmenter la tendance des tubercules à devenir crétacés et inoffensifs. — 18° Enfin, une hygiène bien entendue, une nourriture réparatrice, et l'usage modéré et prudent du fer, la respiration d'un air pur et qui ne soit pas froid et humide, sont dans la curation de la pneumophymie des moyens de premier ordre et que le médecin ne doit jamais négliger de prescrire.

Traitement de la phthisie pulmonaire, par M. Aussandon.
(Académie de médecine, 4 octobre.)

Croyant avoir observé que les boulangers, les vidangeurs, les ivrognes et les autres gens qui dorment le jour et veillent la nuit, supportent mieux que d'autres, alors qu'ils sont atteints de phthisie, les derniers accidents de cette affection; considérant que c'est surtout entre le coucher et le lever du soleil que les symptômes, chez les tuberculeux, sont portés au plus haut degré, M. Aussandon a pensé qu'il pouvait être utile de faire reposer les phthisiques pendant le jour et de les tenir éveillés durant la nuit. Ce médecin fait prendre des bains tièdes et y ajoute du kermès ou même du tartre stibié dissous dans les bains, et leur attribue une action puissante et utile sur la marche du mal. — M. Aussandon soumet, en outre, les phthisiques à l'action du chloroforme, pour leur appliquer sous chaque aisselle, et en commençant par le côté le plus affecté, cinq cautères de la largeur d'une pièce de cinq francs, et cela à un pouce et demi de distance les uns des autres. Le malade, encore chloroformé, est ensuite placé dans un bain tiède, à 28 degrés. Alors, dit M. Aussandon, la

maladie présente un temps d'arrêt, une suppuration abondante s'établit, et le mieux devient très-marqué. — L'eau de goudron avec le sirop de baume de Tolu, l'huile de foie de morue avec le sirop d'amandes amères, une tisane faite avec le sassafras, la salsepareille et le chlorure de mercure sont ajoutés au traitement précédent.

Potion ammoniacale opiacée dans la phthisie laryngée, par M. Marrotte. (Bulletin général de Thérapeutique, t. LVI, p. 113.)

M. Marrotte a employé avec succès cette potion dans deux cas de phthisie laryngée, accompagnée de symptômes d'asphyxie et de suffocation.

Potion gommeuse.	125	grammes.
Ammoniaque liquide à 25 degrés. .	30	gouttes.
Laudanum de Sydenham.	30	—

A prendre par cuillerées toutes les dix minutes.

Signes physiques de la phthisie pulmonaire à la première période, par M. Beau. (Gazette des hôpitaux, p. 261.)

M. Beau passe en revue, dans cette leçon, les signes physiques et les lésions anatomiques de la première période de la phthisie.

Phthisie pulmonaire au deuxième degré suivie de guérison, par M. Boutet. (Gazette des hôpitaux, p. 354.)

La guérison est attribuée à l'iodure de fer et à l'huile de foie de morue.

Huile de foie de morue dans les maladies de poitrine, par M. Smith. (Journal de médecine de Bordeaux, janvier.)

Conclusions. — L'huile de foie de morue ni les graisses d'aucune sorte ne guérissent la phthisie. — Les cas où l'huile de foie de morue arrête la maladie sont très-rares. — Habituellement, la phthisie suit son cours, et est aujourd'hui aussi fatale qu'avant l'introduction de l'huile de foie de morue. Cependant, la marche de l'affection est retardée dans la moitié des cas environ. — L'huile fortifie et restaure le malade ; mais la phthisie n'en chemine pas moins, quoique lentement. — Quand l'huile n'est pas supportée, c'est principalement à cause de son influence sur les organes digestifs. — Quand elle réussit, c'est surtout en améliorant la nutrition. Cependant, dans beaucoup de cas, les malades lui attribuent une action sur les organes respiratoires.

— Cette influence locale s'exerce surtout sur le pharynx et les muqueuses pulmonaires. — L'huile agit presque entièrement comme corps gras; elle restitue à l'organisme un élément qui lui fait défaut. — Elle ne présente aucun avantage sur les graisses alimentaires; elle peut, comme celles ci, être prise et rejetée. — Il y a beaucoup d'individus pour qui l'huile est nuisible; on ne doit pas la prescrire sans discernement. — L'huile de foie de morue est un aliment et non un médicament. Il ne faut pas permettre la confusion entre ces deux sortes d'agents. — Enfin, l'huile ne touche pas à l'essence de la maladie; mais l'amélioration très-notable qu'elle y apporte prouve l'importance de la graisse dans l'économie animale.

Indications et contre-indications de l'huile de foie de morue dans le traitement de la phthisie pulmonaire, par M. J. de Laplagne. (Gazette des hôpitaux, p. 455.)

Le but de cet article est de faire connaître les cas dans lesquels l'huile de foie de morue réussira. Son efficacité sera surtout évidente chez les personnes d'un tempérament lymphatique, dans l'enfance et l'adolescence, — en l'absence d'hémoptysie et de toute complication inflammatoire, — dans la première période de la maladie.

Médication saturnine dans le traitement de la phthisie pulmonaire, par M. Beau. (Gazette des hôpitaux, p. 229.)

Rien ne serait plus exceptionnel, d'après M. Beau, que la phthisie pulmonaire chez les ouvriers qui manient le plomb. Frappé par cette sorte d'immunité, et par quelques observations dans lesquelles la marche de la phthisie lui a semblé avoir été enrayée par la coexistence d'accidents saturnins, M. Beau a conçu l'idée de combattre la diathèse tuberculeuse par l'administration interne d'un sel de plomb. Il fait administrer des pilules contenant 10 centigrammes de céruse, et par une augmentation rapide, mais progressive, il est arrivé à en donner huit par jour. On en suspend l'usage ou on en diminue la dose aussitôt qu'il se manifeste de l'arthralgie, ou lorsque le malade paraît suffisamment imprégné, c'est-à-dire à l'apparition simultanée du liséré, de l'analgésie et du teint ictéroïde qui caractérisent le premier degré de l'empoisonnement saturnin. — M. Beau rapporte cinq cas, dans quatre desquels certains symptômes et notamment la toux et l'expectoration semblent s'être favorablement modifiés sous l'influence de la céruse. M. Beau n'annonce pas d'ailleurs de guérison complète, et il ajoute que, comme auxiliaire à cette médication, il faut chercher à alimenter le malade le mieux possible, lui donner du

vin, des toniques et observer à son égard toutes les règles d'une hygiène rationnelle.

Sels de plomb dans le traitement de la phthisie pulmonaire, par M. Funel. (Union médicale, t. III, p. 328.)

L'auteur rapporte trois observations de guérison de phthisie pulmonaire par les sels de plomb. Il pense que le plomb transporté, au moyen de l'absorption intestinale, dans la muqueuse des poumons modifie et surtout diminue la sécrétion de cette membrane, comme le font le soufre, les résineux, les balsamiques, le chlorure de sodium, l'iode, etc., etc., d'où il résulte que le tubercule ou la granulation est maintenu dans un état de *siccité* peu favorable à son ramollissement, et par conséquent à sa fonte.

Médication saturnine dans le traitement de la phthisie pulmonaire, par M. Lecoq. (Bulletin général de Thérapeutique, t. LVII, p. 337, 413.)

L'auteur rapporte, dans tous leurs détails, des observations dans lesquelles la médication saturnine, appliquée avec beaucoup de soin, suivie avec confiance par les malades, n'a donné aucun bon résultat.

Influence du climat sur les phthisiques, par M. Edwin Lée. (Gazette des hôpitaux, p. 124.)

Influence du climat sur la phthisie, par M. Champouillon. (Gazette des hôpitaux, p. 148.)

Ces lettres de MM. Edwin Lée et Champouillon n'apportent aucun fait nouveau pour la solution de cette importante question.

Phthisie pulmonaire et spécialement son traitement par les eaux minérales, par M. N. Guéneau de Mussy. (Moniteur des sciences, p. 142, 156, 186.)

Causes et traitement de la tuberculisation pulmonaire, par M. Guéneau de Mussy. Leçons recueillies par M. A. Wieland. (Union médicale, t. IV, p. 291, 374.)

Ces leçons vont être publiées sous forme de volume ; nous en renvoyons l'analyse, pour pouvoir nous occuper en même temps des additions qui ont été faites.

Du traitement hydrothérapique de la phthisie pulmonaire, par M. L. Fleury. (Journal du Progrès, p. 533.)

Deux observations de guérison. M. Fleury rappelle ses publications antérieures sur ce sujet. — Le traitement hydrothérapique convient à toutes les périodes de la maladie.

Traitement de la phthisie pulmonaire par les eaux minérales, par M. Durand-Fardel. (Bulletin général de Thérapeutique, t. LVI, p. 545.)

L'auteur recommande les eaux sulfureuses; mais il pense qu'on ne doit jamais employer les eaux minérales dans les périodes actives de la phthisie. On n'aura recours à elles que lorsque la maladie paraîtra stationnaire, à quelque époque de son développement qu'elle se trouve d'ailleurs. Appliquées suivant ces principes, les eaux minérales peuvent être administrées sans danger, et avec un avantage quelconque, dans la grande majorité des phthisies pulmonaires.

Absence de la phthisie à Malaga, par M. Duparcque. (Gazette hebdomadaire, p. 619.)

Il résulte des renseignements donnés par l'auteur que la phthisie est inconnue à Malaga. On n'en constate pas un seul cas dans le personnel de l'hôpital, pas plus que dans la ville.

Possibilité de la contagion de la phthisie pulmonaire, par M. Delamare. (Académie des sciences, 17 janvier.)

L'auteur rapporte l'exemple d'une maison qu'il a connue il y a vingt ans, et dans laquelle sont venus mourir successivement trois locataires qui offraient primitivement l'apparence d'hommes vigoureux, n'avaient entre eux aucun lien de parenté, et s'étaient servis successivement des meubles et tentures de lit qui avaient appartenu au précédent locataire phthisique. La maison est alors restée inhabitée pendant quelque temps, bien qu'elle fût dans les conditions recherchées pour une habitation saine, et on n'a consenti à l'occuper qu'après le renouvellement des peintures intérieures, et dès lors personne n'y est devenu phthisique.

De la transmission de la phthisie pulmonaire sous l'influence de la cohabitation, par M. Bruchon. (Besançon, imprimerie Jacquin, in-8, 20 pages.)

De la phthisie pulmonaire, par M. Dechambre. (Gazette hebdomadaire, p. 113, 178, etc.)

Critique très-bien faite d'une discussion qui a eu lieu dans le

sein de l'Académie de médecine de Belgique. Un des points les plus discutés est l'influence du froid comme cause du développement des tubercules.

Traitement des sueurs nocturnes des phthisiques, par M. Coxe. (Boston med. and surg. Journal et Gazette médicale de Lyon, p. 450.)

M. Thompson (de Londres) a récemment appelé l'attention de ses confrères sur une combinaison d'oxyde de zinc et d'extrait de jusquiame, qu'il recommande comme très-efficace contre ces sueurs nocturnes. M. Coxe, après avoir essayé souvent ce remède, déclare que, bien que dans certains cas il ait été administré sans succès, il a été le plus souvent utile, et qu'il le considère comme une précieuse ressource pour le praticien. En voici la formule :

Oxyde de zinc. . . . . . } ââ. 4 grains.
Extrait de jusquiame. . }

A prendre le soir en se couchant.

Perforation tuberculeuse de la trachée, par M. Gellé. (Bulletin de la Société anatomique, p. 13.)

Analyse chimique d'une concrétion calcaire trouvée dans une excavation pulmonaire chez un tuberculeux, par MM. Ball et Vée. (Gazette médicale de Paris, p. 16.)

L'analyse a montré que le phosphate de chaux était l'élément prédominant dans cette concrétion. — Les auteurs rappellent les résultats publiés par d'autres chimistes : d'une manière générale, il y a une prépondérance excessive des sels insolubles sur les sels solubles, et du phosphate de chaux sur tous les autres éléments que renferment les tubercules crétacés.

Fragments de tissu pulmonaire gangrené rejeté avec les crachats, par M. Luys. (Gazette médicale de Paris, p. 36.)

Histoire d'un malade qui a eu une gangrène pulmonaire dont il a guéri. Les fragments en question représentent les bronches avec leurs divisions et subdivisions remplies d'une matière qui rappelle tous les caractères des extravasations d'origine hématique. — M. Luys pense qu'il y a eu coagulation du sang dans les capillaires d'un ou plusieurs lobules pulmonaires, que cette coagulation a amené une stase sanguine en arrière du caillot, et alors irruption d'une certaine quantité de sang dans la cavité des voies aériennes d'un certain nombre de lobules. Les cavités

vésiculaires injectées, en quelque sorte, par l'infractus hémoptoïque, ont cessé de faire partie de l'organisme vivant; elles ont été éliminées comme corps étrangers.

Réflexions sur la tuberculisation pulmonaire, par M. Hédouin. (Paris, imprimerie Martinet, in-8, 15 pages.)

Quelques considérations sur la nature, la marche et le traitement des maladies du cœur, par M. H. Sénac. (Thèses de Paris, n° 60.)

Sous ce titre modeste, M. Sénac a fait une excellente thèse. Il a envisagé les maladies du cœur sous un point de vue nouveau. Voici les points les plus importants traités par l'auteur:

A. *Nature.* — *a.* Les affections du cœur sont rarement des maladies isolées, des entités morbides, mais bien des accidents anatomiques locaux placés sous la dépendance d'états diathésiques. — *b.* Ces états diathésiques sont le plus souvent le rhumatisme, plus rarement la syphilis, la scrofule, l'herpétisme ou la dartre. — *c.* Les lésions vasculaires, qui coïncident presque toujours avec celles du cœur, ne sont point la cause de l'affection cardiaque, comme le disent les auteurs du Compendium, ni de simples complications, comme le veut M. Bouillaud, mais bien des altérations du même ordre que les lésions du cœur. — C'est aux lésions des capillaires qu'il faut attribuer les états morbides qu'on a trop fait dépendre de la lésion du cœur.

B. *Marche.* — Un état général avec des paroxysmes rémittents, souvent bisannuels au début, revenant plus tard tous les ans. — A un degré avancé, continuité des accidents graves avec cachexie cardiaque.

C. *Traitement.* — Cette partie est subdivisée en trois paragraphes : 1° le traitement de la diathèse ; 2° le traitement des lésions ; 3° le traitement de la cachexie. — Nous résumons. — M. Sénac pense que la disparition trop rapide des phénomènes articulaires dans le rhumatisme favorise le développement des lésions du système circulatoire. — La digitale ne convient que dans les cas d'altération organique du cœur, quand la période d'acuïté a disparu, alors que les battements sont tumultueux et irréguliers; elle est contre-indiquée quand il y a persistance de l'hydropisie et cachexie cardiaque. Utilité des révulsifs et des exutoires appliqués au voisinage de la base du cœur. — Dans le cas de cachexie cardiaque, n'en venir aux hydragogues et à l'évacuation des liquides qu'après avoir relevé l'organisme à l'aide d'une médication tonique et excitante.

Recherches sur quelques points relatifs au diagnostic et au traitement de quelques maladies du cœur, par M. G. Desbois. (Thèses de Paris, n° 27.)

Dans la première partie, M. Desbois s'occupe surtout du diagnostic de l'insuffisance auriculo-ventriculaire. Pour résoudre cette question si controversée, l'auteur a fait des vivisections. — Dans la seconde partie, l'auteur rend compte des bons résultats qu'il a vu retirer de l'emploi des cautères, dans le service de M. Becquerel. Voici les principales conclusions auxquelles il arrive : — Dans l'insuffisance simple, il y a absence de souffle, de l'irrégularité des battements, souvent un bruit de rappel. — Dans l'insuffisance avec rétrécissement, il y a un bruit de souffle au premier temps, à la pointe et à gauche, précédant très-souvent le premier temps. — Les cautères successifs ou permanents, appliqués sur la région précordiale, ont pour effet : 1° de favoriser la résorption des liquides épanchés, la cicatrisation et l'organisation ultérieure des fausses membranes ; 2° de diminuer l'activité morbide des battements du cœur ; 3° ils peuvent amener la diminution de l'hypertrophie de cet organe. M. Becquerel fait usage de la pâte de Vienne dans le cas d'endocardite chronique ou d'hypertrophie ; il préfère les boutons de feu contre la péricardite chronique.

De la digitale au point de vue de son action sur le cœur, par M. J. Lecerf. (Thèses de Paris, n° 86.)

C'est sous l'influence des leçons cliniques de M. Beau que l'auteur a entrepris son travail. Il s'efforce de démontrer que la digitale, loin d'avoir une action déprimante et sédative sur la circulation, a, au contraire, une action tonique, et qu'elle élève la force contractile du cœur. — Ce qui l'amène à préconiser la digitale toutes les fois qu'il y a un obstacle à la circulation accompagné d'asystolie ; dans les cas d'affections de cœur où il y a de l'hydropisie, de la cyanose, du refroidissement des extrémités ; en un mot, dans les cas où son emploi est généralement proscrit. — Du reste, M. Lecerf avoue que cette manière de voir, pour être bien établie, réclame de nouvelles observations.

De l'anévrysme du cœur gauche consécutif à l'anévrysme du cœur droit, par M. Forget. (Union médicale, t. III, p. 374.)

M. Forget rapporte deux observations dans lesquelles la maladie a débuté par l'appareil pulmonaire ; l'obstacle au cours du sang dans les poumons a amené la dilatation du cœur droit. Aucun signe physique n'indiquait une altération valvulaire du cœur

gauche, et cependant l'autopsie a montré, avec cette absence de lésions valvulaires, que le ventricule gauche était hypertrophié et dilaté. — Pour expliquer cette hypertrophie, l'auteur rappelle que le cœur gauche peut s'hypertrophier sous l'influence d'un obstacle éloigné, situé dans les capillaires. Par suite de l'hypertrophie du cœur droit, le sang veineux stagne dans les capillaires; le sang artériel ne peut plus y circuler avec facilité; il est refoulé peu à peu jusqu'au ventricule gauche qui, distendu passivement, devra réagir. L'œdème lui-même peut exercer un certain degré de compression sur les dernières divisions artérielles. — De ces considérations doit surgir une nouvelle loi pathogénique, en supposant que les faits ultérieurs viennent la confirmer; loi que l'on peut formuler ainsi : de même que la dilatation du cœur gauche amène la dilatation du cœur droit par l'intermédiaire des poumons, de même la dilatation du cœur droit peut amener la dilatation du cœur gauche par l'intermédiaire du système capillaire. La disposition du cours du sang en un cercle complet, sans commencement ni fin, explique parfaitement cette réciprocité.

Rupture spontanée du cœur, par M. Lancereaux. Rapport de M. Vidal. (Bulletin de la Société anatomique, p. 363.)

Homme de soixante-dix-neuf ans; distension du péricarde par un énorme caillot : la rupture siégeait à la partie moyenne de la face postérieure; elle avait 2 centimètres, et elle était presque verticale; elle était plus étendue à l'extérieur que du côté de la face cavitaire. Les fibres musculaires avaient cette coloration et cette friabilité qui indiquent presque toujours une lésion de nutrition ancienne; il y avait des foyers apoplectiques de date récente. — Le malade avait eu une syncope deux jours avant sa mort, arrivée brusquement.

Rupture du cœur, par M. Boys de Loury. (Gazette hebdomadaire, p. 777.)

Femme de soixante ans; mort en quelques minutes, au milieu d'une bonne santé. La rupture est sur la face postérieure, à l'union de l'oreillette gauche avec le ventricule du même côté. — Au-dessous, il y a une perforation incomplète. — Le tissu est ramolli, d'apparence pâle, grisâtre. — L'auteur fait suivre cette observation de l'histoire abrégée des ruptures du cœur; il rapporte celle dont il est ici question au ramollissement général ou partiel de l'organe, cause la plus fréquente de ces perforations.

Rupture de l'oreillette droite du cœur, par M. Cregeen. (The Lancet, 1er octobre, et Gazette médicale de Lyon, p. 474.)

Un homme, en pleine santé apparente, meurt subitement d'une

rupture du cœur : à l'autopsie, le cœur, à part cette rupture, paraît entièrement sain. — Le péricarde était distendu par une grande quantité de sang à demi coagulé. Le cœur offrait un volume naturel ; ses parois ne présentaient ni dilatation, ni amincissement, ni dégénération graisseuse ; peut-être, cependant, la paroi de l'oreillette droite était-elle un peu moins épaisse qu'à l'état naturel. — Une fente de près de douze millimètres de longueur existait sur la paroi de cette oreillette, entre l'orifice de la veine cave inférieure et l'ouverture auriculo-ventriculaire.

Prétendue cardite suppurée, par M. Blachez. (Bulletin de la Société anatomique, p. 477, 1858.)

L'auteur a trouvé, dans l'épaisseur des parois ventriculaires gauches d'un cœur, près de sa pointe, une collection contenant plusieurs cuillerées d'un liquide d'un aspect tout à fait purulent. — La pièce, examinée avec soin, paraît, à d'autres membres de la Société, n'être qu'un foyer purulent au centre d'un caillot fibrineux qu'il est facile de détacher, et au-dessous duquel on voit l'endocarde se continuer. — Pour d'autres membres, le liquide ne serait pas du pus.

Hypertrophie concentrique du cœur, par M. Tissier. (Bulletin de la Société anatomique, p. 7.)

Rétrécissement et insuffisance aortique. — Apoplexie de la rate chez le même sujet, par M. Siredey. (Bulletin de la Société anatomique, p. 390, 1858.)

Ce malade avait eu, il y a longtemps, des accès de fièvre intermittente. Il est entré à l'hôpital avec les signes d'une insuffisance et d'un rétrécissement aortique. Le foie et la rate étaient augmentés de volume. Des accès de fièvre intermittente ont entraîné la mort du malade, malgré l'administration du sulfate de quinine. — Dans la rate, on a trouvé un foyer hémorrhagique. — M. Vidal rapporte l'accès de fièvre à l'apoplexie de la rate. Pour lui, voici la filiation des accidents : affection du cœur, apoplexie de la rate, accès de fièvre intermittente.

Rétrécissement auriculo-ventriculaire, par M. Siredey. (Bulletin de la Société anatomique, p. 388, 1858.)

Phénomènes d'une affection du cœur. Bruit de souffle au premier temps, et ayant son maximum à la pointe. — A l'autopsie, l'orifice auriculo-ventriculaire gauche a présenté un rétrécissement considérable ; l'oreillette gauche était très-dilatée et conte-

nait un caillot sanguin énorme. Pas d'autre lésion au cœur.—M. Lebert fait remarquer qu'il faut, dans les affections du cœur, faire attention aux fibres musculaires de l'organe ; on trouve le plus souvent un état graisseux, quelquefois visible à l'œil nu.

Insuffisance aortique, par M. Paul. (Bulletin de la Société anatomique, p. 72.)

Cette observation est remarquable par les points suivants : 1° l'insuffisance des valvules sigmoïdes était produite par une dilatation de l'aorte ; 2° il existait un bruit de souffle double, bien que l'insuffisance ne s'accompagnât pas de rétrécissement ; 3° le siége du maximum du deuxième bruit correspondait, non pas à l'articulation de la troisième côte, mais près de l'appendice xiphoïde; 4° l'état du pouls était en rapport, non pas avec la lésion même, mais avec la forme de la maladie. Syncopes fréquentes.

Rétrécissement simultané de trois orifices du cœur, par M. Luton. (Bulletin de la Société anatomique, p. 497, 1858)

Femme de vingt-deux ans ; pas de rhumatismes ni d'inflammation viscérale. — Signes fonctionnels à leur plus haut degré de développement. Premier bruit absent, remplacé par des souffles rudes, ayant presque tous les caractères du bruit rotatoire, mal limités, confus. Deuxième bruit obscur, mal battu, mais sans mélange de souffle. Rétrécissements tricuspide, mitral, aortique, sans insuffisance.

Rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire droit, par M. Malherbe. (Journal de médecine de la Société académique de la Loire-Inférieure.)

M. Malherbe a observé deux fois cette lésion rare, et, par suite, peu connue ; elle serait caractérisée, pour lui, par les signes suivants : 1° un bruit anormal au premier temps, ayant son summum d'intensité sur les limites droites de la région précordiale, et même en dehors de ces limites se prolongeant vers la région épigastrique, disparaissant rapidement dans la direction des gros vaisseaux qui naissent de la base du cœur, susceptible d'être distingué, même dans le cas de coexistence d'un bruit de même nature produit par la valvulve mitrale rétrécie, ce dernier ayant son summum d'intensité sur les limites gauches de la région précordiale, et même au delà ; 2° une matité très-étendue de la région précordiale, atteignant le bord droit du sternum, et même dépassant ce bord de plusieurs centimètres ; 3° enfin, un trouble bien plus grand de la circulation générale que dans les maladies bornées au cœur gauche, et rappelant tout à fait, sauf

quelques traits, le tableau tracé par Fitchie de ce qu'il appelle la forme droite ou congestive des maladies du cœur.

Rupture des cordes tendineuses d'une des colonnes charnues de la valvule mitrale, par M. Allix. (Journal de médecine de Bruxelles, mars.)

Une prostituée, âgée de vingt-cinq ans, d'un tempérament lymphatique et d'une constitution pléthorique, quelques instants auparavant, dans l'exercice de sa triste profession, perd subitement connaissance ; la respiration s'embarrasse ; tout le corps, mais surtout la face, prend un aspect cyanosé ; les membres présentent des mouvements convulsifs et de la contracture, mais la malade a sa pleine connaissance : orthopnée ; pouls rapide et petit ; battements du cœur tumultueux, confus, irréguliers ; l'oreille ne parvient pas à distinguer les deux bruits l'un de l'autre et n'entend plus qu'une sorte de roulement sans rhythme, tandis que la main placée sur la région précordiale perçoit un frémissement marqué. En peu de temps, sueurs froides, perte complète de connaissance, et mort par asphyxie. — A l'autopsie, on trouva des plaques fibrineuses à la surface du péricarde ; une hypertrophie du cœur portant spécialement sur le ventricule gauche, dont la cavité est remplie par un volumineux caillot de sang noir, des traces d'endocardite chronique ; enfin les cordes tendineuses, allant du faisceau antérieur de la colonne charnue principale gauche se fixer à la valve antérieure de la valvule mitrale, sont rompues. En outre, les poumons et le foie étaient congestionnés, et la rate gonflée et ramollie.

Communication des deux ventriculés, par M. Coulon. (Bulletin de la Société anatomique, p. 437, 1858.)

Les deux ventricules communiquent par un orifice circonscrit, grand comme une pièce de 50 centimes, existant à la partie supérieure de la paroi interventriculaire. — Pendant la vie, la cyanose et la rudesse d'un bruit de souffle, occupant tout le petit silence, avaient permis de diagnostiquer cette affection. — Il y avait, en outre, une persistance du trou de Botal. — L'enfant, âgé de sept ans, avait le développement d'un enfant de trois ans.

Hydatides du cœur, par M. Budd. (Medical Times et Gazette hebdomadaire, p. 364.)

Une femme, âgée de vingt-trois ans, a eu, dans ces dernières années, deux pleurésies, suivies, l'une de dyspnée, l'autre d'expectoration striée de sang. En 1857, on constata de la toux, de l'oppression, un peu d'œdème autour des malléoles et des uri-

nes légèrement albumineuses. Pendant quatre mois, on n'observe rien de nouveau, si ce n'est quelques hémoptysies. Puis, tout à coup, on la trouve, un matin, pâle, faisant à de longs intervalles des inspirations profondes, et elle meurt au bout de cinq minutes. — A l'autopsie, on constate des adhérences pleurétiques anciennes des deux côtés et une tumeur hydatique, du volume d'une orange, existant dans la pointe du ventricule droit et faisant saillie dans sa cavité. Une petite hydatide libre, flasque, se trouve sous une des lames de la valvule tricuspide; une autre, mesurant un pouce de diamètre, occupe l'artère pulmonaire immédiatement au-dessus de ses valvules; le tronc et les branches de cette artère contiennent aussi des hydatides plus petites. L'examen microscopique d'une de ces petites tumeurs y démontra l'existence d'échinocoques bien développés. La tumeur de la pointe du cœur contenait un grand nombre d'hydatides.

Tumeur pulsative, siégeant à la région précordiale, par M. Bardonnet. (Gazette médicale de Lyon, p. 318.)

A trois centimètres au-dessous du sein gauche, dans le cinquième espace intercostal, s'est développée depuis trois mois, d'une manière insensible, une tumeur assez molle, fluctuante, si l'on veut, mais très-pulsative, chez un jeune homme, serrurier de profession, qui a fait les campagnes de Crimée, chez un sujet se livrant à l'onanisme, paraissant être d'une constitution souffrante, mais point scrofuleuse, n'ayant pas davantage le facies d'une affection du cœur si avancée; chez un jeune homme, enfin, dont les fonctions digestives et respiratoires sont très-bonnes. — On diagnostiqua un abcès; la ponction avec le trocart, en donnant issue à une certaine quantité de pus mal lié, a confirmé le diagnostic.

Dislocation du cœur, par M. Spring. (Presse médicale belge, 21 août.)

L'auteur rapporte deux cas de cette affection. Dans un des cas (femme de soixante-dix ans, phthisique), on note un déplacement du cœur, dont la pointe semble frapper sous l'appendice xiphoïde; on perçoit en ce point un son très-énergique et très-rude, peu dédoublé, dans lequel M. Spring reconnaît le premier temps. A gauche, dans la région précordiale, on entend les deux temps, mais très-éloignés. A l'autopsie on trouve le cœur dans l'état suivant : cet organe semblait s'être tordu autour de son axe; il était couché en travers sur le diaphragme, de façon à diriger l'oreillette droite en avant et en bas, tandis que la pointe, entièrement cachée dans le poumon, regardait en arrière vers la région

scapulaire. L'oreillette droite touchait à l'appendice xiphoïde, et c'est elle qui donnait les pulsations attribuées à la pointe. Aucune autre partie du cœur n'était en contact avec les parois du thorax; le ventricule droit se trouvait plus en arrière, appuyé sur le diaphragme ; l'oreillette gauche, en arrière et en haut. L'aorte occupait le plan antérieur, tandis que l'artère pulmonaire s'effaçait derrière elle. Les valvules sigmoïdes étaient parfaitement normales. La valvule tricuspide présentait quelques indurations athéromateuses, tandis que la valvule mitrale contenait de nombreux noyaux cartilagineux. L'oreillette était dilatée.

Palpitations, par **M. Ad. Monraisse**. (Thèses de Paris, n° 251.)

Bruit musical, non encore décrit, ayant son siége à la partie moyenne et inférieure du sternum, chez un homme affecté de cirrhose du foie, par **M. L. Lemaire**. (Union médicale, p. 68, t. I.)

Le malade dont il s'agit était affecté de cirrhose. A l'autopsie, on n'a trouvé aucune lésion vasculaire ou pulmonaire capable d'expliquer ce bruit musical, qui s'était présenté avec les caractères suivants : quand on applique l'oreille sur la partie moyenne et inférieure du sternum, dans la région correspondant aux cavités droites du cœur, on distingue aussitôt un bruit musical dont la ressemblance avec le râle sibilant est telle, que l'idée de bronchite se présente tout d'abord à l'esprit ; mais si l'on ausculte attentivement les différents points du thorax, on reconnaît, non sans quelque surprise, que le murmure vésiculaire est généralement doux et moelleux, sans râle d'aucune espèce. — Le bruit musical est donc exclusivement limité à la région du sternum ; il se fait entendre d'une manière continue et n'est nullement isochrone aux battements du cœur. Il présente des renforcements à chaque inspiration, et son intensité est d'autant plus grande, que les mouvements respiratoires sont plus précipités. Ce bruit persiste d'une manière très-évidente lorsque l'on fait suspendre la respiration au malade. C'est vers la partie moyenne et inférieure du sternum qu'existe son maximum d'intensité. — Il est à noter, sans qu'on en puisse rien conclure, que, par suite de la lésion du foie, le calibre de la veine cave inférieure était rétréci.

Hydropéricardite développée sous l'influence d'une diathèse nerveuse, par M. Bissieu. (Gazette des hôpitaux, p. 227.)

Observation impossible à analyser ; on y trouve une foule de symptômes qu'on a de la peine à rattacher les uns aux autres. Péricardite survenue chez une femme nerveuse ?

Péricardite, par M. H. de Pinera. (Thèses de Paris, nº 266.)

On trouve dans cette thèse une bonne histoire de la paracentèse du péricarde. Cette opération ne présente pas plus de danger que la thoracentèse ou la ponction de l'abdomen.—D'une manière générale le lieu d'élection est situé immédiatement au-dessus de la base du cône formé par l'épanchement à deux ou trois centimètres du sternum.

De la péricardite aiguë, par M. V. Chassandre. (Thèses de Paris, nº 163.)

Péricardite produite par un corps étranger dans l'œsophage, par M. Buist. (Charleston Journal; Archives générales de médecine, p. 238, février.)

Il y avait perforation de l'œsophage et de la face postérieure du péricarde.

Emplâtre de digitale pourprée employé avec succès dans un cas d'endocardite rhumatismale, par M. Van Dommelen. (Annales médicales de la Flandre occidentale, nº 5.)

Il s'agit d'une dame affectée de rhumatisme articulaire compliqué d'une endocardite, qui n'avait subi aucune amélioration de déplétions sanguines locales, de cataplasmes émollients, de révulsifs sur les extrémités inférieures, du calomel associé à l'extrait d'aconit, et qui n'avait pu tolérer la digitale. L'auteur prescrivit alors un emplâtre mercuriel, à deux onces duquel il avait fait incorporer une demi-once d'herbe de digitale pulvérisée, deux fois renouvelé à quelques heures de distance, et laissé en place la seconde fois. — La malade fut soulagée.

Adhérence complète et tubercules du péricarde, par M. C. Gros. (Bulletin de la Société anatomique, p. 8.)

Adhérence du péricarde; son diagnostic, ses effets, par M. Kennedy, traduit par M. Gauchet. (Union médicale, t. II, p. 410.)

Nous avons donné le résumé de ce mémoire dans l'*Annuaire*, t. II, p. 169.

Phlébite des sinus de la dure-mère, par M. Gellé. (Bulletin de la Société anatomique, p. 451, 1858.)

Femme de vingt-quatre ans ; dans la période de desquammation de la scarlatine, elle a été prise d'accès épileptiformes.

Après quelques jours, elle meurt avec du coma, sans paralysie. On a noté une cécité complète dans les derniers moments de la vie. — A l'autopsie, on trouve la dure-mère bleuâtre ; les sinus solidifiés ont la forme de prismes pleins ; leur cavité est remplie de caillots blancs par places, très-solides, qu'on ne peut détacher des parois, et qui se prolongent dans les veines cérébrales qui recouvrent les deux hémisphères. Les veines de la pie-mère semblent être injectées au suif noir. — Il y a infiltration plastique du tissu propre de la veine, avec épanchement de lymphe dans l'intérieur du vaisseau. — Etat criblé du cerveau ; ramollissement général du cervelet. — L'arachnoïde est polie ; elle contient un peu de liquide séro-sanguinolent. — Il y avait, en outre, une phlébite suppurée de la jambe droite.

Phlébite de la veine jugulaire interne et du sinus latéral, par M. J. Gibert. (Bulletin de la Société anatomique, p. 453, 1858.)

Homme de vingt-trois ans ; mauvaise constitution ; écoulement purulent par l'oreille gauche. Violents maux de tête depuis deux mois ; tout à coup, frisson, fièvre violente, gonflement de la région parotidienne, en avant du sterno-mastoïdien. — Délire et mort en deux jours. — A l'autopsie, pas de liquide dans les ventricules ; pie-mère et arachnoïde saines. Dans le sinus latéral gauche, on trouve un gros caillot ferme, consistant, sans pus au centre ; les parois du sinus ne sont pas altérées. — A partir de la fosse jugulaire, la veine, jusqu'à l'embouchure de la thyroïdienne inférieure, est remplie d'un détritus noir, sans caillot, sans pus. La face interne de la jugulaire est noire ; friabilité de la séreuse et de la membrane externe, qui est épaissie ; inflammation du tissu cellulaire ambiant. Pas d'abcès métastatiques.

Rapport sur les deux observations précédentes, par M. Genouville. (Bulletin de la Société anatomique, p. 455, 1858.)

M. Genouville a fait sur les deux observations précédentes un rapport, dans lequel il rappelle les travaux faits sur le même sujet. Il n'y a pas de signe pouvant faire reconnaître ces phlébites, si ce n'est l'œdème des parties externes ; œdème occupant tantôt les paupières, tantôt la moitié de la face. Cet œdème n'existe pas toujours.

Gangrènes spontanées des extrémités, par M. Despaignet. (Thèses de Paris, nº 253.)

Dans cet excellent travail, M. Despaignet expose les idées qu'il a puisées dans l'enseignement de M. Cazalis. — Il définit la gan-

grène spontanée des extrémités une mortification, survenant, sans cause extérieure appréciable, vers les points les plus éloignés du centre circulatoire, avec réaction dans les parties contiguës. — Plusieurs pages sont consacrées à l'historique de la question. — Quant à l'étiologie, la mortification spontanée des extrémités est le résultat de la suspension des phénomènes de nutrition, par suite de l'interruption du cours du sang. Or, la cause de cette interruption se trouve, soit dans le fait mécanique local de compression des vaisseaux, soit dans le fait plus général d'une lésion propre de l'appareil vasculaire. Cette lésion générale comprend quatre groupes : 1° lésion du système vasculaire à sang rouge ; 2° lésion du système vasculaire à sang noir ; 3° lésion du système capillaire ; 4° altération du liquide en circulation. Ces quatre groupes sont reliés par quelques faits mixtes, dépendant de la combinaison de ces diverses lésions. — M. Despaignet examine : 1° la gangrène par compression des vaisseaux (tumeurs) ; il se produit une gangrène humide ; il y a surtout de remarquable la distension des capillaires et l'aspect violacé du membre ; 2° la gangrène par lésion du système vasculaire à sang rouge. Les incrustations des parois artérielles n'ont par elles-mêmes aucune influence sur le développement de la gangrène, mais elles peuvent produire des inflammations aiguës, suivies de la formation de caillots adhérents ; la gangrène peut alors survenir, comme dans les cas d'artérite aiguë. L'auteur admet l'existence de cette inflammation, qu'il distingue en primitive et secondaire. L'artérite détermine la formation de caillots qui se présentent sous des aspects différents. — Après les symptômes de l'artérite, la malade éprouve de violentes douleurs ; un cordon dur indique le trajet du vaisseau ; engourdissement. La mortification envahit presque immédiatement une large surface ; la gangrène est presque toujours sèche. — L'oblitération des artères, ou, du moins, la formation des caillots oblitérants, ne dépend pas toujours de l'artérite. Dansc ertains cas, très-rares et très-exceptionnels, cette oblitération est au début purement mécanique et produite par des corps solides entraînés par le courant sanguin dans les parties rétrécies de l'arbre artériel. Le premier obstacle, très-circonscrit, devient le plus souvent le point de départ d'une oblitération par un caillot plus étendu. — Il n'est plus permis de mettre en doute la possibilité des gangrènes par embolie ; mais, si ce phénomène de l'embolie se produit assez fréquemment dans le système vasculaire à sang noir, et surtout dans sa partie centrifuge, c'est-à-dire dans le poumon, il reste un fait très-exceptionnel dans le système vasculaire à sang rouge : les gangrènes spontanées sont très-rarement dues à la migration des caillots dans les artères. — M. Despaignet donne ensuite la description de l'embolie et montre comment un caillot, arrêté dans une artère, détermine une arté-

rite qui se propage assez loin et produit par elle-même un nouveau caillot, rendant encore plus facile la manifestation d'une gangrène spontanée. C'est précisement ce point de contact de l'artérite et de l'embolie qui fait la grande difficulté de la question. On trouve relatés dans divers recueils plusieurs faits donnés comme embolies, et qui ne sont que des artérites oblitérantes. Plusieurs influences président, dans le cœur et dans l'aorte, à la formation des caillots qui fourniront une embolie, en dehors même de l'altération du sang : l'endocardite, l'ulcération de la tunique interne du cœur, la présence de concrétions sur les valvules, des incrustations sur la paroi interne de l'aorte, une inflammation isolée, qu'il est si fréquent de rencontrer dans les parties libres de concrétions. — L instantanéité des accidents caractérise surtout les gangrènes par embolie. La gravité des gangrènes par embolie dépend, en dehors des troubles qu'entraîne la formation des caillots dans le cœur, de l'étendue de la mortification et de la possibilité de l'oblitération dans un autre point, lorsque les accidents primitifs sont réparés, soit par l'élimination de la partie mortifiée, soit antérieurement par le rétablissement de la circulation collatérale. — 3° Gangrène par lésion du système vasculaire à sang noir. — L'obstacle à la circulation en retour, c'est-à-dire l'oblitération des veines, joue un rôle important dans la production des gangrènes spontanées ; cette oblitération peut être la seule lésion de l'appareil vasculaire et suffit pour produire la mortification des tissus. Cette proposition est loin d'être admise, mais des faits incontestables en prouvent la vérité. — L'obstruction des veines est due à diverses causes ; mais il en est une qui domine toutes les autres : c'est la phlébite. — Il est un fait d'observation sur lequel M. Cazalis insiste beaucoup : c'est la solidarité de tout le système veineux ; dès qu'une partie du système vasculaire à sang noir est affectée, il y a extension, retentissement dans presque toute l'étendue du système. — Le caillot, résultat de la phlébite oblitérante, présente les mêmes caractères de structure que le caillot de l'artérite. — La phlébite s'accompagne d'une induration du tissu cellulaire périphérique. L'œdème est constant dans cette forme de sphacèle, même lorsque la phlébite n'est que consécutive. La gangrène est toujours humide. — 4° La gangrène par lésion du système capillaire est plus difficile à étudier ; c'est elle qui existe le plus souvent chez les vieillards. Les symptômes d'adynamie précèdent les symptômes locaux de gangrène, qui est peu étendue et se fait par des points épars. — Il faut éviter, chez les vieillards, l'emploi des stimulants sur les extrémités. M. Cazalis a remarqué que la gangrène sénile coexistait souvent avec la goutte ; il explique ce fait par la *goutte vasculaire*, qui produit l'oblitération d'un grand nombre de vaisseaux capillaires. — 5° La thèse de M. Despaignet se termine par

la citation de quelques cas de gangrène par altération du sang : typhus, scorbut, etc.

Gangrène spontanée des extrémités, par M. Lesure. (Thèses de Paris, nº 230.)

Cause de la coagulation du sang, par M. Brucke. (Arch. für path. Anat. und physiol. et Union médicale, t. I, p. 28.)

L'auteur pense que la coagulation du sang ne peut se faire que par suite d'un changement dans l'état d'agrégation d'une des substances qui se trouvent à l'état liquide. — Le sang se trouve sous l'influence de forces agissant dans le corps vivant, et ces forces peuvent résider, ou bien dans les globules sanguins, ou bien dans les parois des vaisseaux et les tissus environnants.

Mémoire sur l'embolie, par M. Rudolf Virchow; traduit par M. Pétard. (Union médicale, t. IV, p. 58, 85, 154, 315.)

L'auteur divise les oblitérations de l'artère pulmonaire dues à des caillots sanguins dont la nature anatomique démontre l'existence déjà ancienne, en primitives et en secondaires, l'obstruction précédant les modifications du parenchyme dans le premier cas, et, dans le second, leur étant consécutive. Il définit la genèse des premières de la façon suivante : « La présence primitive de coagulums (caillots fibrineux) anciens, développés longtemps avant la mort dans l'artère pulmonaire, quand l'obstruction de l'artère précède les modifications accidentelles du parenchyme ou en est indépendante, est, eu égard au siége de la coagulation, toujours secondaire. Ces caillots se développent en un point du système vasculaire situé, sur le chemin de la circulation, en avant des poumons, c'est-à-dire dans les veines ou dans le cœur droit, et ils sont apportés dans l'artère pulmonaire par le courant sanguin. » — Pour démontrer cette proposition, M. Virchow a fait des expériences qui lui ont permis d'établir les points suivants : — Le courant sanguin veineux est en état d'entraîner avec lui des corps d'un poids spécifique plus considérable que celui du sang veineux et de les conduire, à travers le cœur droit, jusque dans l'artère pulmonaire. — Le contact mécanique de corps, même considérables, avec l'endocarde, ne cause, tout au moins quand ce contact ne s'exerce qu'avec une faible intensité, aucun phénomène d'une importance majeure, pas même de frissons. — Lorsque le sang se coagule dans une branche quelconque du système veineux, le caillot n'arrive pas seulement jusqu'à l'embouchure de cette branche dans un tronc plus considérable, mais il s'étend ordinairement au delà de cette embouchure, dans la

lumière du tronc que le courant sanguin n'a pas cessé de parcourir, et de telle façon que le prolongement du caillot repose, dans le sens du courant vers le cœur, sur la partie de la paroi vasculaire dans laquelle vient s'ouvrir l'embouchure du vaisseau obturé. — Tandis que le caillot oblitérant subit les métamorphoses rétrogrades du thrombus, et se transforme en tissu conjonctif, on voit assez souvent le caillot qui forme prolongement se ramollir et se désagréger. Mais, dans l'état qu'on a appelé *phlébite suppurative*, le ramollissement est général et souvent même se développe plus tardivement dans le caillot qui forme prolongement que dans le caillot oblitérant. — Arrivé à cet état, le caillot qui forme prolongement sera continuellement soumis à l'impulsion du courant sanguin qui passe à côté de lui. Le résultat de cette impulsion est l'ébranlement successif et l'ablation, fragment par fragment, du caillot, dont des portions d'un volume tantôt plus, tantôt moins considérable, sont entraînées par le courant sanguin. — L'auteur étudie ensuite les modifications que subit le caillot quand il arrive dans un vaisseau où il ne s'est pas formé, et les phénomènes que sa présence y détermine. — La fin de ce mémoire n'a pas été publiée en 1859.

Ossification et oblitération des veines poplitée et fémorale droites, des iliaques externes et primitives droites et gauches, de la veine cave inférieure, par M. Duchêne. (Journal de médecine de Bordeaux et Progrès, p. 279.)

Gangrène des deux extrémités inférieures causée par des caillots dans les artères iliaques primitives, par M. Nott. (New-Orleans medical and surgical Journal, septembre 1858, et Gazette hebdomadaire, p. 77.)

Les caillots paraissent tenir à des embolies ; cette observation est un peu incomplète, au point de vue de l'anatomie pathologique.

Polypes veineux, ou de la coagulation du sang dans les veines et des oblitérations spontanées de ces vaisseaux, par M. Legroux. (Gazette hebdomadaire, p. 806, 822.)

Nous renvoyons au prochain volume l'analyse de ce mémoire, qui n'a pas été publié en entier en 1859. Voir sur le même sujet un mémoire du même auteur, *Annuaire*, t. II, p. 171.

Gangrène spontanée des doigts guérie par l'électrisation localisée, par M. Duval. (Echo médical suisse et Gazette hebdomadaire, p. 63.)

Les doigts étaient noirs, froids, insensibles ; pas de caus ap-

préciable. L'électricité a fait disparaître tous les phénomènes après douze séances, en une semaine.

Cachexie tuberculeuse. — Thrombose cachectique, par M. Dumont-Pallier. (Société de biologie et Gazette médicale de Paris, p. 113.)

Sous ce titre, l'auteur publie l'observation d'une double *phlegmatia alba dolens* ancienne chez un tuberculeux. Il décrit avec soin les caillots des veines et insiste sur une *disposition cloisonnée*, qui caractérise les caillots anciens.

Oblitération veineuse à la suite de phlébite, par M. Dumont-Pallier. (Bulletin de la Société anatomique, p. 66.)

Phthisique ayant une double *phlegmatia alba dolens,* plus ancienne à gauche. De ce côté, la veine iliaque externe contient un caillot, libre d'adhérences jusqu'au ligament de Fallope. — Là, les adhérences sont fortes et celluleuses ; plus loin, la lumière de la veine crurale est cloisonnée par une série de tractus celluleux. — Ces tractus, en se multipliant et s'épaississant, contribuent à donner l'aspect de cordons fibreux que prennent les veines oblitérées.

Embolie, par M. Wallmann. (Gazette médicale de Paris, p. 509.)

L'auteur rapporte plusieurs cas ; l'embolie siége souvent dans les vaisseaux de très-petits calibres, et même dans les capillaires; il ne faut donc pas se contenter d'examiner les gros vaisseaux.

Thrombose et embolie, par M. Morel (de Strasbourg). (Gazette hebdomadaire, p. 216.)

Observation intéressante. — A la suite de la compression de la veine iliaque externe gauche par un cancer de l'utérus, M. Morel a trouvé des caillots dans la veine cave inférieure et ses divisions ; d'un autre côté, l'artère pulmonaire droite contenait deux caillots. — Aucun des vaisseaux dans lesquels les caillots se trouvaient n'avait les parois altérées. — M. Morel ne peut déterminer le lieu précis d'où proviennent les caillots pulmonaires ; cependant, comme par leur couleur et leur consistance ils sont identiques au tronçon supérieur de la veine cave, et comme la base de ce dernier est déchiquetée, n'est-on pas en droit d'admettre que c'est de là que les fragments se sont échappés pour arriver dans le cœur droit et se jeter ensuite dans les branches de l'artère pulmonaire ?

Coagulation sanguine intra-veineuse très-étendue, par M. Blondeau. (Bulletin de la Société anatomique, p. 502, 1858.)

Femme ayant eu des symptômes de *phlegmatia alba dolens*. On a trouvé, à l'autopsie, une phlébite manifeste des veines de la partie inférieure, avec caillot adhérent et induration du tissu péri-veineux ; ce caillot se prolonge sans induration jusque dans la veine crurale, dans la veine iliaque, dans la veine cave inférieure, où il devient moins volumineux, presque filiforme, au niveau des veines rénales ; il envoie des prolongements dans les veines hépatiques, puis se continue dans l'oreillette, dans le ventricule, et enfin dans le tronc et les deux branches de l'artère pulmonaire, où il peut être suivi fort loin. — Il y avait à la partie moyenne du poumon gauche une vaste excavation gangréneuse.

Embolie veineuse pulmonaire ayant déterminé la gangrène d'un lobe du poumon, par M. Dumont-Pallier. (Gazette des hôpitaux, p. 93.)

C'est le fait précédent ; on voit, par le titre, quelle interprétation lui a donnée l'auteur.

Rupture spontanée de la crosse de l'aorte, par M. Gibert. (Bulletin de la Société anatomique, p. 434, 1858.)

Vieille femme ; mort subite. La rupture de l'aorte siége au niveau de son sinus ; elle fait presque le tour du vaisseau. Épanchement dans le péricarde. — Friabilité des parois de l'artère ; il y a un petit caillot en voie d'organisation entre la tunique moyenne et l'externe, qui n'a dû se rompre que plus tard.

Rupture de l'aorte à son origine. — Mort subite, par M. Laborde. (Gazette médicale de Paris, p. 299.)

Homme de soixante-quatorze ans ; rupture de l'aorte à son origine, celle-ci ne présentant qu'une simple et modérée dilatation, avec quelques dépôts crétacés et athéromateux, sans poche anévrysmale véritable, sans caillot d'aucune espèce.

Ruptures de l'aorte, du cœur et du péricarde par suite d'une chute faite sur le pavé, d'un troisième étage, par M. Gérin-Roze. (Bulletin de la Société anatomique, p. 367, 1858.)

Mort instantanée. — Les lésions ci-dessus énoncées existaient seules ; les ruptures du cœur étaient au nombre de trois, sié-

geant toutes sur la partie antérieure du ventricule droit. — Dans un bon rapport, M. Fournier a rappelé plusieurs cas analogues de ruptures traumatiques de ces organes.

Rupture de l'aorte, par M. Fauvelle. (Société médicale des hôpitaux, 13 avril, et Union médicale, p. 450.)

Homme de cinquante-trois ans, ayant une hypertrophie du cœur et de l'emphysème pulmonaire; bronchite intercurrente. On lui prescrit des médicaments sédatifs, qui produisent un bon effet; le malade allait mieux, lorsqu'il éprouve une violente douleur derrière le sternum, et quarante-huit heures après il meurt subitement. — L'autopsie a montré qu'une grande quantité de sang, liquide et en caillots, remplissait le péricarde et le distendait énormément, que l'aorte était rompue à son origine, dans une étendue de huit centimètres, et qu'il n'y avait dans le vaisseau aucune lésion ancienne : cette dernière circonstance donne à cette observation un intérêt tout particulier.

Atrophie congénitale de l'artère pulmonaire, par M. Pératé. (Bulletin de la Société anatomique, p. 450, 1858.)

Enfant de six ans, cyanosée, morte asphyxiée. L'artère pulmonaire est atrophiée ; sa structure est veineuse ; elle n'a que deux valvules sigmoïdes. Hypertrophie du ventricule droit, avec diminution de sa cavité. Persistance du trou de Botal.

Rétrécissement de l'artère pulmonaire, par M. Bondet. (Gazette médicale de Lyon, p. 571.)

Cette observation est un exemple de rétrécissement parfaitement isolé de l'artère pulmonaire, sans persistance du trou de Botal, chez un rhumatisant. — Le siége de ce rétrécissement est en dehors du tissu propre de l'artère ; les signes ont été : voussures légères, matité plus étendue, surtout à la base du cœur, frémissement cataire, impulsion qui doit être exagérée (les adhérences péricardiques ont dû faire disparaître ce signe chez ce malade), bruit de souffle systolique, ayant son maximum au niveau du cartilage de la troisième côte, en général rude, se propageant le long du sternum, cessant brusquement au sommet de cet os, pour ne plus s'entendre dans les carotides, se propageant également sur les côtés du thorax, avec une netteté peut-être un peu plus grande à droite. — Un pouls petit, mou et dépressible, une stase veineuse amenant des congestions de l'encéphale et du foie, de l'œdème, de la cyanose avec tendance au refroidisse-

ment, puis la dilatation des petites veines, avec une variété de pouls veineux (présystolique ou systolique auriculaire, et non systolique avec l'acception habituelle de ce mot). — De la dyspnée au moindre exercice, contrastant avec une respiration naturelle pendant le repos, l'intégrité parfaite des voies respiratoires, l'absence d'hémoptysies.

Rétrécissement et occlusion congénitaux du système de l'artère pulmonaire, par M. Langer. (Zeitschrift der heilk. Gesellschaft der Aertze zu Wien, et Union médicale, t. I, p. 314.)

Le canal artériel n'a pas la même structure que l'aorte et l'artère pulmonaire ; il ne renferme pas de fibres élastiques bien formées. L'oblitération s'en fait en partie par une augmentation des faisceaux granuleux de la tunique moyenne, en partie par une végétation granuleuse abondante à la surface interne, qui perd son aspect lisse et montre des rides longitudinales. — Cette différence de structure du canal artériel d'avec celle de l'aorte et de l'artère pulmonaire prouve que les changements survenus dans la circulation, après la naissance, ne sont pas la cause unique de l'oblitération du canal artériel, et nous ne savons pas encore assez jusqu'à quel point cette dernière est sous la dépendance des effets mécaniques produits par ces changements, qui sont surtout la cessation de la circulation placentaire, l'établissement de la respiration, et surtout les mouvements du diaphragme.

Rétrécissement et occlusion congénitaux du système de l'artère pulmonaire, par M. Meyer. (Arch. für path. Anat. und Physiol. et Union médicale, t. I, p. 286.)

L'auteur, à propos d'un fait qu'il a observé, a recherché les cas analogues de lésions congénitales de l'artère pulmonaire. — Deux premières catégories de lésions peuvent être résumées dans les suivantes : 1° Rétrécissement de l'artère pulmonaire, avec perforation de la cloison interventriculaire, et oblitération plus ou moins complète du trou de Botal et du canal artériel ; — 2° rétrécissement considérable du cône artériel ou de l'orifice de l'artère pulmonaire, ou bien oblitération complète de cette artère, avec perforation de la cloison interventriculaire, et perméabilité du trou ovale et du canal artériel. — Dans un précédent travail sur la transposition des artères aorte et pulmonaire, M. Meyer a démontré que la persistance du trou ovale et du canal artériel est le résultat de la continuation d'un courant sanguin à travers eux. Or, la même cause agit dans le cas actuel et entretient l'ouverture de la cloison interventriculaire, quand la lésion primitive, l'inflammation d'un des points du système de l'artère

pulmonaire, s'est faite à une époque où cette ouverture n'était pas encore fermée. — Le rétrécissement et l'oblitération du système de l'artère pulmonaire sont donc la cause de la persistance de la communication entre les deux ventricules. La persistance du trou ovale s'explique par un mécanisme analogue. — Quand il existe un rétrécissement considérable du système de l'artère pulmonaire, il y a réplétion extraordinaire de l'aorte ; le canal artériel persiste et est alors une véritable branche de l'aorte. — Le rétrécissement et l'oblitération du système de l'artère pulmonaire expliquent encore une particularité observée un certain nombre de fois : la transposition plus ou moins complète de l'orifice de l'aorte.

Mort subite par suite de développement de gaz dans le système circulatoire, par M. Belletti. (Bullettino delle scienze med. di Bologna, mai, et Gazette médicale de Lyon, p. 324.)

Une femme âgée de soixante-quatre ans, convalescente d'une entéralgie, mourut subitement. Cette malade avait depuis plusieurs mois une toux convulsive; elle avait, en outre, parfois vomi une certaine quantité de sang rouge et spumeux. — L'autopsie révéla d'abord la stase d'un sang noir et fluide dans les sinus de la dure-mère et les veines vertébrales. Poumons sains. Le cœur était volumineux, comme distendu, élastique sous la pression. Les cavités droites ayant été ouvertes, il en sortit une quantité de gaz inodore, incolore, qui parut être de l'air atmosphérique. Les parois de ces cavités, après la sortie du fluide gazeux, conservèrent leur forme, sans s'adosser l'une contre l'autre, comme cela s'observe ordinairement. Le sang qu'elles contenaient en petite quantité était rouge et spumeux. Les cavités gauches furent trouvées vides de sang. On constata encore des bulles d'air dans la veine cave descendante ainsi que dans l'artère pulmonaire. De la coupe des vaisseaux du foie, tant artériels que veineux, il sortit encore des bulles semblables.—Il n'y avait pas le moindre indice de putréfaction commençante.

Hémoptysie. — Passage de l'air dans le système sanguin. — Sortie de l'air par une saignée, par M. Piédagnel. (Société médicale des hôpitaux, 23 février, et Union médicale, t. II, p. 105 et 111.)

Cette observation est fort intéressante : il s'agit d'un homme de quarante-deux ans qui, à la suite d'un violent accès de toux, tomba sans connaissance et rendit par la bouche environ deux palettes de sang. — La perte de connaissance persista; la peau était froide et violette, peu ou point sensible aux excitants ; la respiration était bruyante ; râle très-fort et très-humide à gau-

che ; bruits tumultueux du cœur ; pas de pouls, les veines sous-cutanées sont vides. — Sous l'influence de frictions, de sinapismes, etc., la vie parut revenir ; une saignée fut alors pratiquée à la veine médiane basilique ; un peu de sang s'écoula en bavant, et quelle ne fut pas notre surprise, dit M. Piédagnel, en voyant *sortir, de l'ouverture de la veine, des bulles d'air* du volume d'un petit pois, d'abord une, puis plusieurs ; elles sortaient à la suite les unes des autres et formaient une sorte de chapelet sur la peau, entre l'ouverture de la veine et la partie inférieure de l'avant-bras. Puis le sang et l'air cessèrent de couler, mais de légères frictions sur le trajet de la veine déterminèrent la sortie de nouvelles bulles ; deux, quatre, huit sortirent successivement, puis l'écoulement s'arrêta. Nous avons répété ces frictions à plusieurs reprises et en entourant la veine de toutes les précautions voulues pour éviter une erreur, et nous avons toujours obtenu le même résultat. — Cependant, le sang et l'air cessèrent de couler. M. X*** n'était pas mieux. Les légers signes de vie qu'il avait donnés disparurent, et il mourut peu de temps après. — Nous ne pûmes faire l'ouverture du corps ; mais nous sommes resté convaincu qu'il y avait eu déchirure du poumon, passage de l'air dans le système sanguin, de là tous les symptômes exposés ci-dessus. — J'ai vu beaucoup de sujets morts par le passage de l'air dans le système sanguin, mais je n'avais pas encore constaté la circulation de ce fluide pendant la vie. — Cette observation vient confirmer les faits que j'ai consignés dans mon mémoire sur les morts subites, et répondre suffisamment aux objections qui lui ont été faites relativement à la putréfaction.

M. Grisolle a fait observer combien ce fait était important ; il rappelle une observation de M. Durand-Fardel ; il s'agit, dans ce cas, d'une dame qui mourut subitement et comme foudroyée. On voulut la saigner, et il sortit des bulles d'air par l'ouverture de la veine. Cette observation a une très-grande valeur, car on ne peut ici, comme dans les cas rassemblés par Ollivier (d'Angers) dans son travail sur les morts subites, invoquer la putréfaction comme cause du dégagement de gaz.

Il existe également une thèse intéressante de M. Revol sur la présence des gaz qui se produisent dans le système circulatoire à la suite des grandes hémorrhagies.

Présence de l'air dans les veines, par M. May. (British med. Journ.; Gazette médicale de Paris, p. 76.)

M. May rapporte trois faits où de l'air fut constaté dans le système veineux à l'autopsie. Dans un de ces cas la mort survint après des vomissements, dans un autre après des spasmes nerveux ; dans le troisième, on crut à un empoisonnement. — D'après

l'auteur, de l'examen des faits connus dans la science on peut tirer les déductions suivantes : — L'air peut entrer dans les veines et causer subitement la mort : 1° pendant les opérations chirurgicales; 2° après l'accouchement, en pénétrant par les sinus utérins; 3° dans certaines conditions spéciales ; 4° sous l'influence des poisons.

Sueur de sang et hémorrhagies névropathiques, par M. J. Parrot. (Gazette hebdomadaire, p. 633, 644, 678, 713, 743.)

L'auteur résume lui-même cet important mémoire dans les lignes suivantes : « Ayant eu l'occasion d'observer un fait curieux et rare de sueur de sang réunie à plusieurs autres hémorrhagies chez une femme hystéro-épileptique, j'ai été frappé de voir quelles relations multipliées et internes existaient entre les symptômes de la névrose et les phénomènes hémorrhagiques ; puis, comparant le fait que j'avais sous les yeux avec ceux consignés dans les auteurs, j'ai constaté qu'ils se ressemblaient de tout point, et que, cependant, la coïncidence qui m'avait si vivement impressionné était passée sous silence. Mon but a été de la mettre en relief; de montrer que, loin d'être fortuite, elle résulte de certaines conditions organiques bien déterminées. Je crois avoir fait un pas vers la solution du problème en montrant que la sueur de sang peut exister concurremment avec d'autres hémorrhagies de même nature chez des sujets d'une constitution délicate, irritable, chez les femmes surtout ; que toutes ces hémorrhagies, non-seulement sont associées à des perturbations nerveuses générales, mais encore fréquemment liées à des phénomènes localisés de douleur et de spasme ; qu'elles ont avec ces phénomènes la similitude la plus grande, lorsqu'on les compare au point de vue des causes qui les produisent, du siége qu'elles affectent, de la soudaineté de leur invasion et de leur disparition, et, j'ajouterai de plus, quand on considère l'innocuité qu'elles présentent par elles-mêmes. Elles sont, en effet, plus effrayantes que dangereuses, comme les névralgies et les convulsions idiopathiques, et paraissent ne jamais compromettre la vie par leur abondance. Semblables les unes aux autres par les traits mêmes qui les assimilent aux symptômes nerveux, ces hémorrhagies, qu'on pourrait appeler *névropathiques*, et qui forment une classe toute particulière d'affections, m'ont encore paru devoir être identifiées sous le rapport des organes par lesquels elles s'effectuent, et qui sont les glandes des téguments externe et interne. »

Heureux effets de l'opium à haute dose contre les hémorrhagies, par M. Béhier. (Société médicale des hôpitaux, 22 juin.)

Deux observations, qui démontrent l'utilité de l'opium à hautes

doses pour arrêter les hémorrhagies. — Il s'agit de deux tuberculeux, dont l'hémoptysie avait été inutilement traitée par le ratanhia et le perchlorure de fer; l'opium, donné de prime abord à la dose de 25 à 40 centigrammes, a promptement fait cesser l'hémorrhagie, et il y a eu, en outre, une amélioration notable dans l'état général des malades. —L'opium, dans ces cas, n'a produit ni narcotisme ni contraction de la pupille.

Emploi de l'opium dans le traitement des hémorrhagies, par M. Bertulus. (Gazette des hôpitaux, p. 398.)

Nouveaux faits favorables à l'emploi de l'opium dans le traitement des hémorrhagies.

Opium pour arrêter les hémorrhagies. (Gazette des hôpitaux, p. 378.)

L'auteur de cet article veut prouver, par un assez grand nombre de citations, que cette médication n'est pas nouvelle et qu'elle a donné de bons résultats.

Hémospasie, par M. Junod. (Académie des sciences, 20 juin.)

M. Junod lit un mémoire sur les nouveaux résultats qu'il a obtenus dans diverses affections de l'emploi de la *méthode hémospasique*, et met sous les yeux de l'Académie des appareils qu'il a imaginés récemment pour l'application de la grande ventouse sur des régions où ce mode de dérivation n'avait pas encore été pratiqué, par exemple, sur la poitrine, l'abdomen, le dos, les hanches et même la tête, le visage excepté. Ces appareils sont des cloches approchant plus ou moins de la forme hémisphérique; la cloche destinée pour la tête est garnie d'une manchette en caoutchouc qui la fait adhérer près de son pourtour ; dans celle qui est destinée à agir sur l'abdomen, on ajoute à la calotte sphérique un diaphragme mobile percé de trous circulaires de différents diamètres, qui repose directement sur la peau, et ne lui permet de se soulever que partiellement.

Moyens à employer dans les syncopes post-hémorrhagiques, par M. Michaux. (Gazette médicale de Paris, p. 139.)

Observation d'un malade qui a perdu beaucoup de sang à la suite de l'extirpation d'un polype du pharynx. — Les moyens employés ont été les révulsifs cutanés, le vin additionné de teinture de cannelle, les linges chauffés, la transfusion du sang qui, bien faite, ne produisit pas une grande amélioration, lave-

ments avec du vin alcoolisé. — Le malade ne put être considéré dans un état satisfaisant que cinq heures après l'hémorrhagie.

Traité des maladies inflammatoires du cerveau, par M. Calmeil. (Paris, J.-B. Baillière, 2 vol. in-8, VIII-1422 pages.)

Le livre de M. Calmeil est fait avec la patience la plus admirable, le soin le plus minutieux : « Pour en asseoir les bases, dit l'auteur, en établir les assertions, j'ai dû me résigner, à partir du jour où j'ai été attaché au service médical de Charenton, c'est-à-dire depuis plus de trente ans, à rechercher et à recueillir des faits sans nombre, à les suivre pendant des périodes de temps quelquefois considérables, à les rapprocher, à les comparer souvent pour en saisir l'interprétation et pour la faire ensuite goûter aux autres... » — Neuf articles composent tout l'ouvrage ; huit d'entre eux sont destinés à l'étude des maladies inflammatoires du cerveau, le neuvième s'occupe du traitement ; chaque article est subdivisé en quatre chapitres toujours disposés dans le même ordre. Le premier fait l'histoire de la maladie depuis ses causes jusqu'à l'examen cadavérique ; le second contient des observations nombreuses, soigneusement choisies, sévèrement recueillies ; le troisième chapitre contient le résumé de toutes les observations, résumé commode pour le lecteur, qui, d'un coup d'œil, peut saisir la série des faits qu'il vient de lire ; le quatrième, enfin, est consacré aux conclusions et aux débats ; l'auteur établit son hypothèse, apporte ses preuves, et discute les opinions de ses devanciers ; c'est dans ce chapitre qu'est exposé tout le côté théorique de l'article. — Le titre du livre, *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*, dit tout ce que sera le livre, et si dans ce cadre nosologique l'auteur a fait entrer la congestion cérébrale, c'est qu'il la regarde, non comme une inflammation confirmée, mais commençante, comme son premier degré. — On peut diviser les huit premiers articles en trois groupes : congestions, périencéphalites, encéphalites. Dans le premier groupe, sous le nom de congestion encéphalique brusque, à durée temporaire ou fluxations encéphaliques brusques de nature inflammatoire, M. Calmeil décrit ce que les différents auteurs ont appelé : attaques congestives, attaques de congestions encéphaliques, congestion cérébrale, coup de sang. — Le second groupe, les périencéphalites, se divise en trois articles : 1° La périencéphalite à formes insidieuses ou délire aigu a été appelée généralement *méningite aiguë;* on l'a confondue souvent, et aujourd'hui même, soit avec la manie aigüe, soit avec d'autres types d'aliénations mentales à formes dynamiques ; — 2° la périencéphalite chro-

nique diffuse à l'état simple, ou paralysie générale incomplète, remplit le second article ; — 3° périencéphalites locales à l'état de complication. Souvent ces périencéphalites chroniques sont aggravées subitement par des phénomènes nerveux intercurrents plus ou moins graves ; c'est ce qui établit la différence entre la périencéphalite chronique simple et la périencéphalite chronique à l'état de complication. C'est encore l'inflammation, soit en se ravivant dans ses anciens foyers, soit en gagnant de nouveaux points, qu'il faut accuser de ces accidents subits ; cette dernière maladie n'est donc qu'une forme de la précédente. — Le troisième groupe des encéphalites peut être divisé en deux groupes secondaires : les encéphalites sans caillot sanguin, les encéphalites avec caillot. L'encéphalite locale et l'hémorrhagie interstitielle débutent par un état fluxionnaire ; donc, ces maladies, comme celles du groupe précédent, ont une même origine : la congestion cérébrale. Le premier article traite de l'encéphalite locale aigüe sans caillot sanguin. — Les ramollissements jaunes, rouges, fauves, violets, que l'on trouve à l'autopsie, les apostèmes remplis de pus, etc., ne sont que des modifications de l'état inflammatoire concentré sur un point du cerveau. — La périencéphalite aiguë, passant à l'état chronique, forme le deuxième article ; cavités remplies de matière gommeuse, plaques jaunes, collections purulentes, bouillie grisâtre ou jaunâtre, tout cela rempli d'éléments anatomiques inflammatoires, caractérisent cette affection. — Enfin, les encéphalites avec caillot sanguin forment les deux derniers articles et ne diffèrent entre eux, comme les articles précédents, que par l'état aigu ou chronique. Le plus souvent, pour M. Calmeil, l'hémorrhagie est une conséquence d'un ramollissement préalable ; mais si quelquefois un foyer hémorrhagique peut se former pendant la période de turgescence capillaire, il n'en est pas moins vrai que toute hémorrhagie cérébrale est la conséquence d'une inflammation, puisque, on se le rappelle, il a été établi dans le premier article que la congestion était le premier degré de l'inflammation.

Du rapport des symptômes avec les lésions dans la méningite,
par M. E. Guyot. (Thèses de Paris, n° 107.)

L'auteur traite exclusivement des lésions de la méningite crânienne. Une première partie est consacrée à l'anatomie du cerveau et des circonvolutions en particulier. — Dans la seconde partie, M. Guyot recherche les fonctions de certaines parties encéphaliques, qu'il s'efforce de mettre en rapport avec les dispositions anatomiques. Il rappelle que M. Foville et quelques autres anatomistes regardent le cervelet comme un foyer de sensibilité, ce qui expliquerait parfaitement pourquoi il est l'organe coordi-

nateur des mouvements. Dans la troisième, l'auteur examine si les phénomènes pathologiques sont en rapport avec les fonctions qu'on attribue aux organes qui en sont le siége. Voici les conclusions par lesquelles il termine sa thèse : 1° les organes qui forment la surface de l'encéphale sont formés par le prolongement des trois cordons de la moelle ; 2° les fonctions que ces organes remplissent sont en rapport avec celles des cordons médullaires dont ils proviennent ; 3° les symptômes sont en rapport avec la nature et le siége de la lésion ; 4° une lésion affectant un organe déterminé produit des symptômes en rapport avec les fonctions de cet organe, et, par conséquent, avec celles du cordon médullaire dont il dépend.

Fièvre cérébrale, par M. Thibault. (Gazette des hôpitaux, p. 102.)

Cette fièvre existait chez un garçon de dix ans et demi. Friction avec la pommade stibiée sur le cuir chevelu rasé. — Guérison.

Rhumatisme cérébral, par M. A. Kuhn. (Gazette médicale, p. 172.)

L'auteur rapporte trois observations : deux morts et une guérison. Les malades ont offert des phénomènes d'asphyxie que M. Kuhn attribue à ce que la maladie a porté plus particulièrement sur la moelle allongée ; il y a eu aussi une altération du sang, qui était brun foncé et diffluent. — Les symptômes ne sont pas toujours les mêmes, parce que la maladie n'a pas toujours le même siége et que d'autres circonstances peuvent en modifier la physionomie. Le traitement doit aussi varier. — Ce travail a été reproduit par la Gazette des hôpitaux, p. 179.

Rhumatisme cérébral, par MM. Boniface et Mazel.
(Gazette des hôpitaux, p. 493.)

Une observation ; mort.

Méningite foudroyante sporadique, par M. Forget.
(Gazette des hôpitaux, p. 489.)

L'observation rapportée a pour titre : chute, accidents cérébraux, mort trente-six heures après l'accident ; méningite suppurée. — Il n'y avait aucune lésion traumatique apparente du cerveau ou du crâne ; les phénomènes ont débuté quinze heures après la chute. — Il y avait une collection de pus phlegmoneux qui s'était formé en vingt heures. — M. Forget se sert de ce fait pour rappeler plusieurs propositions qu'il a émises sur la *spécificité*, le *génie épidémique*, etc.

Essai sur la méningite cérébro-spinale, par M. Batigne. (Thèses de Montpellier, n° 48.)

Méningite cérébro-spinale sporadique, par M. L. Gros. (Union médicale, t. III, p. 485-503.)

M. Gros rapporte trois observations, et il montre, par les symptômes, par la marche, et même par l'anatomie pathologique (un des malades est mort), que la méningite cérébro-spinale sporadique est identique à la méningite cérébro-spinale épidémique. Cette affection, sporadique ou épidémique, est de nature franchement inflammatoire ; le seul traitement rationnel et efficace est le traitement antiphlogistique direct et indirect.

Méningite tuberculeuse; *tubercule du nerf optique droit chez un enfant de onze mois*, par M. Ladreit de La Charrière. (Bulletin de la Société anatomique, p. 44.)

Anatomie pathologique des hémorrhagies méningées, par M. Alph. Dubois. (Thèses de Paris, n° 265.)

M. Dubois s'occupe seulement des hémorrhagies intra-arachnoïdiennes. Après avoir décrit la fausse membrane kystique, il étudie le caillot et rapporte ensuite deux observations qui lui sont propres et qui l'amènent à conclure : — 1° Que les hémorrhagies méningées sont, dans le plus grand nombre des cas, rapidement mortelles; — 2° Que les cas à marche lente se rapportent à des hémorrhagies faibles ou à des hémorrhagies chez des enfants dont les fontanelles ou les sutures non ossifiées permettent la dilatation de la boîte crânienne; — 3° Que les symptômes sont ordinairement en rapport avec le siége et l'étendue des lésions, et se montrent en même temps qu'elles; — 4° Que la vie n'est pas incompatible, même chez l'adulte, avec un épanchement très-volumineux.

Hydrocéphalie consécutive à une hémorrhagie méningée, par M. Garnier. (Bulletin de la Société anatomique, p. 20.)

De l'hématome de la dure-mère chez l'adulte, par M. Schuberg. (Archiv für pathologische Anatomie et Gazette hebdomadaire, p. 621.)

Depuis les travaux de M. Baillarger sur les hémorrhagies méningées, on admet généralement en France que l'hémorrhagie est le fait primitif et la formation d'un kyste pseudo-membraneux le fait consécutif. En Allemagne, Heschel, Virchow et Schuberg pensent que très-souvent les choses se passent autrement :

il y aurait d'abord formation d'une fausse membrane, puis une ou plusieurs hémorrhagies se faisant dans cette membrane de nouvelle formation. Les raisons qu'ils donnent sont les suivantes : à l'autopsie on a trouvé des caillots disséminés, récents, dans une pseudo-membrane bien organisée et ancienne; — les malades meurent quelquefois subitement par distension de la poche hémorrhagique, après avoir présenté pendant longtemps les symptômes d'une compression légère ; — pourquoi ces épanchements restent-ils circonscrits au point le plus élevé des hémisphères, s'il n'y a rien pour les y fixer? — La fibrine peut s'organiser, mais elle ne présente ni la quantité de tissu connectif, ni le nombre de vaisseaux que l'on trouve dans ces membranes. — Il se développerait donc du tissu connectif nouveau sur le feuillet pariétal de l'arachnoïde, et ce serait dans ce tissu, par ses vaisseaux, que se ferait l'hémorrhagie. — Les symptômes sont divisés en trois périodes : la première, correspondant à la formation de la fausse membrane (pachyméningite), est marquée par l'affaiblissement des facultés intellectuelles et dure plusieurs mois; la deuxième (hémorrhagies) est subordonnée au nombre et à la quantité des caillots ; il y a les phénomènes de la compression cérébrale; la troisième, survenue brusquement, produit un coma dans lequel les malades meurent; elle est amenée par une hémorrhagie considérable dans les anciens foyers.

Deux observations de kystes de la grande cavité de l'arachnoïde, par M. Legrand du Saulle. (Gazette des hôpitaux, p. 514.)

Ces deux observations sont tirées de la thèse suivante.

Recherches sur les néomembranes et les kystes de l'arachnoïde, par M. Brunet. (Thèses de Paris, nº 84.)

L'auteur rapporte un grand nombre d'observations qu'il a recueillies pendant son internat à Charenton et à Bicêtre. Cet important travail se termine par des conclusions dont nous donnons seulement les plus importantes. — On doit distinguer non-seulement les néomembranes des pseudo-membranes, mais encore ces deux espèces de productions accidentelles des épanchements sanguins. — Les néomembranes adhèrent presque constamment au feuillet pariétal de l'arachnoïde et sont produites par l'exsudation du blastème dans lequel naissent rapidement des noyaux embryoplastiques, des fibres lamineuses, puis des fibres dartoïques et des vaisseaux sanguins. — Ce blastème est, le plus souvent, mêlé à un peu de sang extravasé. L'hématosine se précipite, au bout de quelque temps, sous forme de granules irréguliers, qui donnent à la membrane une coloration rouillée; elle met, contrai-

rement à l'opinion de quelques auteurs, beaucoup de temps à se résorber.— Dans le plus grand nombre des cas, l'extravasation du sang a lieu au moment du l'exsudation du blastème ; mais l'une peut précéder l'autre. L'exsudation du blastème et l'extravasation sanguine sont produites par la surface séreuse sur laquelle on trouve appliquee la néomembrane. — Les néomembranes ne contiennent pas de vaisseaux, tant que les fibres lamineuses ne sont pas formées. — Les néomembranes sont dues à un travail phlegmasique et coexistent ordinairement avec des lésions encéphaliques de même nature; l'inflammation sous l'influence de laquelle elles se forment est moins considérable que celle qui produit les pseudo-membranes. — Le diagnostic de ces productions accidentelles est impossible; tout au plus pourra-t-on en soupçonner la présence quand des aliénés, atteints de paralysie générale, offriront, vers les centres nerveux, des fluxions sanguines fréquentes et considérables.

Les kystes de la cavité de l'arachnoïde contiennent ordinairement du sang, quelquefois de la sérosité. — Ils présentent deux modes de formation : A, le sang épanché dans la cavité de l'arachnoïde s'entoure d'un kyste, en déterminant une inflammation des deux feuillets de la séreuse, dans les points avec lesquels il est en contact; B, le sang épanché par le feuillet pariétal décolle, dans une certaine étendue, une néomembrane qui lui était appliquée; une nouvelle lame membraneuse se forme ensuite à la partie supérieure de l'épanchement sanguin. Le second mode de formation est beaucoup plus fréquent que le premier. — Les troubles fonctionnels produits par ces kystes ne sont pas assez bien connus pour qu'ils puissent permettre d'en reconnaître l'existence pendant la vie.

Compression et ponction dans l'hydrocéphalie chronique, par M. Roux (de Brignoles). (Bulletin de la Société de médecine de Marseille, juillet.)

M. Roux a observé deux cas : dans l'un, il a employé avec succès la compression, exercée d'abord à l'aide de bandelettes de diachylon, et plus tard avec une carapace de carton maintenue par un lien élastique. L'enfant, âgé de dix mois, prit du calomel, puis de l'huile de foie de morue et des toniques. Au bout d'un an, la tête était presque complétement ossifiée et les symptômes avaient disparu.— Dans le second cas, l'enfant a succombé aux progrés de l'hydrocéphalie, malgré la compression et trois ponctions. Ces trois ponctions, faites pour donner issue à la sérosité, n'avaient par elles-mêmes donné lieu à aucun accident.

Hydrocéphalie chronique acquise traitée par la ponction et la compression, par M. Didion. (Gazette des hôpitaux, p. 602.)

L'épanchement était énorme chez une enfant âgée de cinq mois. Ponction, puis compression. Le liquide se reproduit avec une effrayante rapidité; la petite malade meurt cinq jours après l'opération. Le liquide siégeait dans les ventricules; il était en aussi grande quantité qu'avant l'opération.

Du ramollissement du cerveau, par M. J. Corbin. (Thèses de Paris, n° 53.)

Ramollissement cérébral atrophique, par M. Gubler. (Société médicale des hôpitaux, 22 juin; Union médicale, t. III, p. 254, et Archives de médecine, juillet, p. 31.)

M. Gubler, à propos d'une observation qu'il a lue, a émis sur les lésions de l'encéphale des opinions qui peuvent ainsi être résumées : Les affections du système nerveux présentent des lésions primordiales et des lésions secondaires; celles-ci sont localisées ou extensives; parmi ces dernières, il en est d'actives et de passives. Les lésions secondaires passives sont caractérisées par des transformations rétrogrades des tissus, et paraissent dépendre de l'atrophie, liée à la suppression des fonctions.

Quant à l'observation, elle a pour titre : Symptômes de ramollissement cérébral ; hémiplégie unilatérale droite avec contracture; abolition de la parole. Mort. Infiltration plastique avec ramollissement inflammatoire d'une grande partie de la substance médullaire de l'hémisphère gauche; ramollissement blanc de diverses parties de cet hémisphère, situées entre la première lésion et la moelle, et spécialement de l'étage inférieur du pédoncule cérébral gauche. — Il y avait une différence manifeste dans les lésions de divers points ; ainsi, dans l'hémisphère on trouvait un travail inflammatoire avec épanchement plastique; dans le pédoncule, une simple diminution de cohésion de la substance nerveuse, allant jusqu'à la diffluence.

Affection cérébrale ancienne, par M. Hillairet. (Société de biologie, mai, et Gazette médicale de Paris, p. 466.)

Cette affection avait donné lieu à une hémiplégie droite; claudication intermittente et mouvements ataxiques dans le membre inférieur droit accompagnés de soubresauts dans le membre inférieur gauche.

Ramollissement général, par M. Laborde. (Société de biologie, mai, et Gazette médicale de Paris, p. 466.)

Foyers multiples et très-étendus ; hémorrhagie cérébrale consécutive au ramollissement et superposée à celui-ci ; cicatrice linéaire dans l'une des cavités ventriculaires ; hémorrhagie récente dans la corne antérieure du lobe cérébral gauche ayant coïncidé avec une impossibilité complète de la parole sans perte de mouvements de la langue.

Ramollissement aigu des parties centrales du cerveau, par M. Dupré. (Montpellier médical, p. 320.)

Une observation suivie de réflexions qui sont ainsi résumées : 1° Le diagnostic de l'altération connue sous le nom de *ramollissement du cerveau* offre les plus grandes difficultés. La simplicité et la précision offertes par les livres modernes sont plutôt apparentes que réelles ; les descriptions que l'on a données des diverses maladies cérébrales ne peuvent être regardées comme le résultat d'une saine observation ; les signes d'après lesquels on a voulu distinguer les différentes lésions de l'organe encéphalique, et qu'on a regardés comme propres à chacune d'elles, se confondent souvent, de manière à présenter un tableau complexe et à obscurcir ainsi le diagnostic. — 2° Le ramollissement du cerveau n'est pas toujours le résultat d'une congestion sanguine, d'un travail phlogistique, mais doit bien plutôt être rapporté, dans la grande majorité des cas, à une altération gangréneuse particulière. — 3° Le traitement des lésions cérébrales, ainsi du reste que de toutes les altérations organiques, doit être basé sur l'état général ou constitutionnel, qui seul peut fournir les indications majeures du traitement. Quant à la lésion elle-même, elle ne doit en thérapeutique occuper que le second rang.

Ramollissement cérébral à forme lente ; son traitement par la médication tonique, par M. Teissier. (Gazette médicale de Lyon, p. 39, 84.)

M. Teissier a soin de spécifier le ramollissement dont il s'occupe exclusivement : c'est le ramollissement chronique, caractérisé par un peu d'embarras de la parole, faiblesse d'un ou de plusieurs membres, tremblements, perte de la mémoire et de l'intelligence, etc. Cette réserve faite, tout ce travail peut se résumer en deux conclusions : — 1° La plus grande fréquence des ramollissements cérébraux tient aux abus, aux excès, à toutes les causes d'épuisement et d'énervement auxquelles l'homme se livre

sans réflexion. — 2° Le traitement le plus rationnel, à l'aide duquel on conjure la maladie ou tout au moins on prolonge l'existence des malades, consiste dans l'emploi de la médication tonique comme méthode générale. Ce traitement peut, dans quelques cas, produire une guérison complète.

Discussion à la Société de médecine de Lyon sur le précédent mémoire ; on la trouve dans la Gazette médicale de Lyon, p. 96.

Abcès de l'hémisphère gauche du cerveau. — Paralysie incomplète du côté droit, par M. Descroizille. (Bulletin de la Société anatomique, p. 50.)

Abcès du cervelet, par M. Dumont. (Bulletin de la Société anatomique, p. 61.)

Abcès du cervelet sur un chat, par M. J. Loubet. (Moniteur des hôpitaux, p. 563.)

Maladies de l'encéphale, par M. Bouillaud. Leçons recueillies par MM. F. Garrigou et Deleau. (Gazette des hôpitaux, p. 297, 311, 321, 373, 381.)

Ces leçons contiennent les idées bien connues de M. Bouillaud sur la physiologie et la pathologie du cervelet et du cerveau.

Signes propres à faire distinguer les hémorrhagies cérébelleuses des hémorrhagies cérébrales. — Considérations de physiologie pathologique éclairant l'étude de la paralysie générale des aliénés, par M. Bouillaud. Leçons recueillies par M. A. Voisin. (Union médicale, t. II, p. 535, 585, 601.)

Cet article est consacré à la revue des travaux faits sur cette matière ; réclamation de priorité au sujet de l'ataxie locomotrice ; le professeur s'occupe surtout des fonctions et des maladies du cervelet ; il les résume ainsi : — 1° Le cervelet est le siége d'un *instinct,* d'un pouvoir spécial qui, par l'intermédiaire de ce centre nerveux, régit, gouverne, coordonne les mouvements divers dont se composent la *marche* ou la *progression,* la *station* ou l'*équilibration.* Il est réellement pour ces actes mécaniques et ceux instinctifs et intellectuels, qui président en quelque sorte à l'exécution des premiers, ce que sont les lobules antérieurs du cerveau aux actes si merveilleux dont se compose la parole, et à ceux plus merveilleux encore, sans lesquels la parole ne serait qu'un son. — 2° Les signes spéciaux et distinctifs des hémorrhagies du cervelet, isolées de toute lésion des autres centres ner-

veux encéphaliques, consistent en une diminution ou une abolition complète des actes en vertu desquels l'homme se transporte d'un lieu dans un autre, marche, reste debout et se maintient dans un état connu sous le nom d'*équilibre* ou d'*équilibration.* Cette impossibilité de marcher, de s'équilibrer, de se tenir debout, n'empêche pas que les malades ne puissent remuer, étendre, fléchir, porter en dedans ou en dehors les membres inférieurs, comme aussi remuer quelques autres parties du corps qui concourent aux actes dont nous venons de parler. — Cet état est donc manifestement différent de l'hémiplégie plus ou moins complète et *croisée* qu'on observe dans les hémorrhagies profondes du cerveau proprement dit (hémisphères ou lobes cérébraux), particulièrement celles qui ont pour siége les corps striés et les couches obliques.— Il diffère plus encore de la perte plus ou moins complète de la parole, qu'on observe dans les hémorrhagies graves des lobules antérieurs du cerveau. — Ce symptôme n'a jamais lieu dans les hémorrhagies pures et simples du cervelet, et réciproquement, l'impossibilité de marcher, de se tenir debout, ne se rencontre jamais dans les hémorrhagies pures et simples des lobules antérieurs du cerveau. — Les vomissements signalés par M. Hillairet ne constituent pas un symptôme *spécial*, *essentiel* des hémorrhagies cérébelleuses. Mais il n'en mérite pas moins une considération sérieuse comme signe indirect.

De l'hémorrhagie cérébrale envisagée principalement au point de vue des symptômes et du traitement, par M. Garrigou. (Thèses de Paris, n° 160.)

Apoplexie par coup de soleil. (The Lancet, mars, et Gazette médicale de Lyon, p. 200.)

Etudes sur l'apoplexie par coup de soleil; travail fait avec des observations recueillies dans les Indes. — L'élévation extrême de température n'est pas une cause aussi active de la maladie que la continuation d'un certain degré de chaleur. — Les complications de fièvre rémittente ont été nombreuses. — Les passions déprimantes, le séjour dans un lieu à air confiné, le tempérament nerveux constituent un ensemble très-influent de causes prédisposantes. — Quant à la marche, elle fut, dans onze cas, instantanée, à peu près comme une attaque d'apoplexie ordinaire. Dans cinq cas, elle fut graduelle. Parmi les symptômes avant-coureurs, il en est un fort remarquable, qui a été noté assez souvent, et qui aurait, en temps d'*épidémie de coups de soleil*, une valeur prémonitoire manifeste : ce sont des envies d'uriner très-fréquentes. — Les lésions cadavériques sont celles

de l'asphyxie. — Le traitement se compose d'affusions froides sur la tête, la poitrine et le long de l'épine, de sinapismes sur les parois du thorax, de lavements purgatifs ; plus tard, de vésicatoires à la nuque. La phlébotomie ne paraît pas avoir été utile. — La durée de la maladie varie entre deux extrêmes que nous ne saurions mieux fixer qu'en rappelant que la mort eut lieu, dans un cas, au bout d'une heure; dans un autre, au bout de quarante-six.

Epanchement de sang dans le sinus caverneux du côté gauche, diagnostiqué pendant la vie, par M. Lud. Hirschfeld. (Gazette médicale, p. 17.)

Paralysie des muscles de l'œil, de la peau des paupières et du front. Le diagnostic, vérifié par l'autopsie, avait été : épanchement de sang comprimant les nerfs moteurs de l'œil avant leur entrée dans l'orbite.

Etat des facultés intellectuelles dans les cas d'apoplexie et d'hémiplégie, par M. Benj.-M. Ready. (The New-York Journ. et Gazette médicale de Paris, p. 178.)

L'auteur veut prouver par une série d'observations que les facultés intellectuelles ne sont pas aussi profondément altérées qu'on l'a dit, à la suite d'une attaque d'apoplexie. Peu à peu, la mémoire revient, et, après une période de faiblesse, les malades peuvent reprendre leur vie habituelle.

Hémiplégie du même côté que la lésion cérébrale, par M. W. Ogle. (Royal med. and ch. Society; Gazette médicale de Lyon, p. 345.)

Une femme anciennement épileptique, et aveugle depuis cinq ans, avait subi une perte partielle de la motilité du côté gauche du corps, et une hypéresthésie de la peau de la même moitié de la face et du crâne. Elle avait également perdu l'odorat, le goût et l'ouïe de ce côté. — L'autopsie démontra à M. W. Ogle l'existence d'une tumeur anévrysmale de l'artère cérébelleuse antérieure, qui comprimait la surface antérieure du pédoncule gauche du cervelet, et à un degré moindre, la partie superficielle du pont de Varole. La racine apparente de la cinquième paire, ainsi que la septième, étaient comprimées. Tous les autres nerfs crâniens, à part le nerf optique, furent trouvés sains.

Hémorrhagie cérébelleuse terminée par la guérison, par M. Hillairet. (Académie des sciences, 8 octobre.)

Nouveau cas d'hémorrhagie cérébelleuse terminée par la gué-

rison ; — plus tard, attaque d'hémorrhagie cérébrale ; — mort ; confirmation du diagnostic porté à l'époque de la première attaque. — Ce fait confirme de tous points les savantes recherches de M. Flourens et les assertions que M. Hillairet a émises dans son précédent mémoire. (*Annuaire*, t. II, p. 181.)

Apoplexie séreuse consécutive à une hydropisie générale, par M. J. Gourdon. Gazette des hôpitaux, p. 442.)

Exemple d'un épanchement séreux dans l'encéphale chez un sujet atteint d'une hydropisie générale, sans altération appréciable des centres nerveux. Les symptômes ont été ceux de la compression cérébrale ; la mort a été rapide.

Apoplexie séreuse, par M. Hamon. (Gazette des hôpitaux, p. 506.)

Cette apoplexie est survenue au déclin d'une albuminurie liée à l'état de gestation. — Hémiplégie. — Guérison.

Hémorrhagie cérébrale congénitale, par M. Gibb. (The Lancet et Gazette des hôpitaux, p. 79.)

La mère avait reçu un coup sur le ventre, trois mois avant la délivrance. L'enfant était mort-né ; tout le côté gauche était roidi dans la flexion : dans l'hémisphère droit on trouva un caillot ancien, au-dessus du ventricule latéral. Le pariétal correspondant était dénudé.

Apoplexie avec phlébite des veines du cerveau chez une femme en couches, par M. Témoin. (Bulletin de la Société anatomique, p. 68.)

Cette femme avait eu une métro-péritonite et une *phlegmatia alba dolens*.— Cette dernière maladie existait depuis huit jours, lorsque la femme est prise de délire léger, de picotements, de fourmillements ; diminution de la motilité ; attaques épileptiformes. Mort avec conservation de l'intelligence. — Les lésions qui se rapportent aux centres nerveux sont : le piqueté à la partie supérieure et postérieure de l'hémisphère gauche ; plusieurs gros troncs veineux sont remplis de caillots solides, organisés. En incisant la substance cérébrale, on trouve deux noyaux du volume d'une noisette ; tout autour, petits foyers d'apoplexie capillaire.

De la dynamoscopie dans l'hémorrhagie cérébrale. (Académie des sciences, 6 février.)

Ce travail, publié dans la Gazette des hôpitaux, p. 134, 147 et 158, a pour but l'utilité que la dynamoscopie peut présenter

pour le diagnostic et le traitement de l'apoplexie cérébrale. — Nous renvoyons à l'ancien mémoire analysé dans l'*Annuaire*, t. I, p. 123.

Apoplexie cérébrale confirmant les règles du pronostic posées par la dynamoscopie, par M. Collongues. (Gazette des hôpitaux, p. 467.)

Hypérémie cérébrale et spinale avec paralysie consécutive, par M. Sérulas. (Gazette médicale de Lyon, p. 295.)

On a vu tous les accidents se dissiper sous l'influence de l'électricité, appliquée sur les reins et sur les membres inférieurs.

De la saignée dans l'apoplexie, par M. Forget. (Bulletin de Thérapeutique, t. LVI, p. 209.)

Conclusions. — 1° L'apoplexie sanguine cérébrale, en tant qu'hémorrhagie, relève des principes qui régissent la pathogénie et la thérapeutique des autres hémorrhagies. — 2° Il y a des hémorrhagies cérébrales actives, passives, mécaniques, avec ou sans réaction circulatoire, chez des individus forts ou faibles, anciennes ou récentes, etc., qui, selon ces diverses circonstances, réclament des traitements différents. — 3° La saignée est formellement indiquée dans les apoplexies où se rencontrent ceux des éléments ci-dessus qui, par eux-mêmes, réclament des évacuations sanguines. — 4° La saignée n'enraye pas toutes les apoplexies actives, pas plus qu'elle ne guérit toutes les autres hémorrhagies. — 5° La saignée est contre-indiquée dans les apoplexies où se rencontrent ceux des éléments ci-dessus qui, par eux-mêmes, contre-indiquent les évacuations sanguines. — 6° En cas de combinaison d'éléments pour et contre la saignée, l'indication relève du tact médical. — 7° Que l'apoplexie soit active ou passive, faible ou forte, etc., lorsque l'épanchement est consommé, la saignée n'est plus indiquée que comme moyen palliatif et préventif; mais elle n'est pas responsable des conséquences inhérentes à la maladie. — 8° La saignée n'est pas plus dangereuse et désastreuse dans l'apoplexie que dans les autres hémorrhagies. — 9° La saignée est indiquée comme moyen de combattre les prodromes et les accidents consécutifs de l'apoplexie. — 10° Ces principes rationnels et d'accord avec les faits sont déduits de cette lumineuse doctrine des éléments pratiques; doctrine qui préviendrait tant de malentendus et dissiperait tant d'erreurs, si l'on voulait bien s'en souvenir et en user en temps opportun.

Traitement de l'apoplexie cérébrale, par M. Joire. (Gazette des hôpitaux, p. 461.)

Cet article a été écrit en réponse à une note de M. Liégard.

(Voir l'*Annuaire*, t. II, p. 175.) M. Joire reproche à M. Liégard de trop restreindre l'indication de la saignée dans les cas d'apoplexie.

Danger de la saignée dans l'apoplexie cérébrale, par M. Alf. Liégard. (Gazette des hôpitaux, p. 523.)

L'auteur, en réponse au précédent article, défend ses anciennes opinions, à l'appui desquelles il apporte de nouvelles preuves.

Traitement des affections apoplectiques par la médication alcaline, par M. L. Hamon. (Gazette des hôpitaux, p. 394.)

L'auteur cite plusieurs cas d'affections cérébrales, qu'il a traitées par la médication alcaline avec le plus grand succès; il pense que la médication alcaline tout en possédant au même degré que les déplétions vasculaires directes la vertu de diminuer la masse des fluides organiques, et subsidiairement d'opérer un salutaire dégorgement des vaisseaux encéphaliques; présentant sur elles le double avantage de produire ses plus puissants effets, sans occasionner à l'économie la moindre secousse, et d'agir d'une façon graduée, soutenue, ce qui permet au praticien d'en régler beaucoup plus sûrement l'emploi; en un mot, exempte des inconvénients que l'on impute à juste titre à la phlébotomie; possédant de plus qu'elle, en propre, des avantages réels, incontestables, doit nécessairement, et par là même, présenter un plus grand nombre d'éléments de succès.

Emploi de l'acide arsenieux dans les congestions apoplectiques, par M. Lamare-Picquot. (Bulletin général de Thérapeutique, t. LVII, p. 193, 252.)

L'apoplexie est méconnue dans son essence. — L'épanchement sanguin, dont on la fait dépendre, n'est qu'un phénomène secondaire. — Il est facile de se rendre maître des prodromes de l'apoplexie. — A quelque point de vue que l'on se place, l'apoplexie est due à un accroissement outre mesure des globules du sang. — L'acide arsenieux est une précieuse ressource thérapeutique dans toutes les congestions de forme apoplectique cérébrale. — Le premier effet de l'acide arsenieux paraît être de rendre le sang moins riche en globules et moins plastique.— Il est indispensable, avant de commencer une médication arsenieuse, de constater l'état de richesse ou d'altération du sang, car, dans la supposition où ce fluide serait pauvre en globules, l'usage de l'acide arsenieux accroîtrait cette condition anomale. — L'action de l'acide arsenieux se liant d'une manière intime

avec le résultat de la digestion, on est conduit à en faire usage au moment des repas, afin d'en faciliter l'assimilation. — Il est nécessaire de prolonger l'usage de l'agent au delà du terme de la guérison, afin d'avoir plus de chances de durée. — La médication arsenieuse a pour résultat de diminuer les conséquences fatales des congestions cérébrales, quand on est prédisposé à l'apoplexie par une constitution à prédominance sanguine. — Quelle que soit l'utilité grande de l'acide arsenieux, pour préserver de l'apoplexie, on ne peut la considérer comme absolue : le médecin ne peut se dispenser de faire une étude, pour chaque maladie, afin de tenir compte du genre de vie, des idiosyncrasies et des conditions pathologiques. — La dose de l'acide arsenieux, de 4 milligrammes à 1 centigramme par jour, a été généralement suffisante.

Œdème du cerveau, par M. Marcé. (Bulletin de la Société anatomique, p. 165.)

Dans cette note, M. Marcé rappelle que l'œdème du cerveau a été considéré comme la cause de la stupidité chez les aliénés. Cette opinion est aujourd'hui tombée dans l'oubli ; pour voir ce qu'elle avait de réel, M. Marcé a fait des expériences qui lui ont prouvé que la substance grise contenait, à l'état normal, plus d'eau que la substance blanche (grise, 80 pour 100 ; blanche, 70 pour 100). D'autres recherches ont montré que le cerveau pouvait absorber une certaine quantité d'eau, qu'il pouvait devenir œdémateux. — On pourra tirer de ces faits des conséquences importantes pour la compression cérébrale et d'autres lésions de l'encéphale; la dessiccation méthodique, telle que l'a pratiquée M. Marcé, est le seul moyen de reconnaître l'œdème de la substance cérébrale.

Deux cas de kystes dans le cervelet, par M. J. Turnbull. (The Liverpool med. chir. Journal et Gazette hebdomadaire, p. 126.)

Douleur névralgique violente de la tête. Chez les deux malades, la mort est arrivée subitement.

Entozoaire du cerveau (*cysticerque*), par M. F. Brittan. (British medical Journal, 2 avril, et Gazette hebdomadaire, p. 380.)

Cette observation est intéressante, par la persistance de l'irritation gastrique et des vomissements, qui furent mêlés de sang, sans aucune lésion appréciable de la membrane muqueuse stomacale ; par la persistance non moins prononcée de la céphalal-

gie, qui, de même que les vomissements, ne pouvait être attribuée à aucune cause autre que l'existence du kyste dans le quatrième ventricule; par la relation presque certaine qu'il y avait entre l'irritation des racines des nerfs pneumogastriques par le kyste et les symptômes d'affection gastrique. — Le kyste, situé dans le quatrième ventricule, avait un pouce de diamètre et contenait un cysticerque.

Cysticerques du cerveau, par M. Kohler. (Extrait de la Correspondenz-Blatt für Psychiatrie; Archives générales de médecine, mars, p. 342.)

Deux observations, dont l'une de M. Czermak.

Tumeur kystique volumineuse du cervelet, par M. Léger. (Société médicale des hôpitaux, 14 septembre; Union médicale, t. IV, p. 356.)

La tumeur comprimait une portion du bulbe rachidien et le nerf pneumo-gastrique droit à son origine ; paralysie incomplète et défaut de coordination de la marche ; symptômes remarquables du côté des fonctions respiratoire, circulatoire et gastrique; autre tumeur liquide enkystée dans le troisième ventricule, refoulant et comprimant les bandelettes optiques et le chiasma ; ramollissement et dégénérescence graisseuse de ces derniers; amaurose.

Tumeur de la base du cerveau développée dans le corps pituitaire, par M. Lancereaux. (Bulletin de la Société anatomique, p. 105.)

Tumeur du cerveau, par M. Baudot. (Bulletin de la Société anatomique, p. 98.)

Céphalalgie durant depuis plusieurs années ; symptômes d'hémorrhagie cérébrale, puis attaques épileptiformes. La tumeur occupait le lobe moyen du cerveau; sa nature n'est pas spécifiée.

Mémoire sur les paralysies alternes en général, et particulièrement sur l'hémiplégie alterne avec lésion de la protubérance annulaire, par M. Gubler. (Paris, V. Masson, in-8, 83 pages.)

Ce mémoire a été analysé dans l'*Annuaire*, t. II, p. 177.

Paralysie peu connue de certains muscles de l'œil. — Sa liaison avec quelques points de l'anatomie et de la physiologie de la protubérance annulaire, par M. Foville. (Gazette hebdomadaire, p. 146.)

Nous avons donné une longue analyse de ce travail dans l'*Annuaire*, t. II, p. 175.

Apoplexie de la protubérance. — Kystes et tumeurs des reins chez le même sujet, par M. Siredey. (Bulletin de la Société anatomique, p. 446, 1858.)

Mort subite chez un homme ayant des phénomènes cérébraux; caillot de récente formation dans la protubérance annulaire.

Dépôt de matière tuberculeuse dans l'intérieur de la protubérance. — Attaques épileptiformes, par M. J. Luys. (Société de biologie, septembre, et Gazette médicale, p. 755.)

Etude clinique sur l'apoplexie de la moelle épinière et sur les paralysies des extrémités inférieures, par M. Duriau. (Union médicale, t. I, p. 307, 340, et Paris, A. Delahaye, in-8°, 24 pages.)

L'auteur se résume dans les conclusions suivantes : L'hémorrhagie de la moelle peut être précédée du ramollissement de cet organe ; — les douleurs qui annoncent l'apparition de la paralysie sont l'indice de ce ramollissement ; — le pronostic est toujours grave, la marche de la maladie est rapide ; — les paraplégies essentielles, jadis très-nombreuses, ne forment plus aujourd'hui qu'une exception destinée à s'effacer de plus en plus ; — les hémorrhagies de la moelle, comme celles du cerveau, sont susceptibles de guérison; — il en est de même pour les paralysies qui en dépendent ; — l'examen de la contractilité électro-musculaire ne saurait être négligé dans l'étude des paraplégies ; — à la suite de l'apoplexie de la moelle, les muscles perdent *rapidement* leur contractilité électrique dans les parties paralysées ; — enfin, en dehors de toute autre notion étiologique, l'attitude verticale prolongée paraît exercer une influence puissante sur la production des maladies de la moelle épinière.

Etudes sur les hémorrhagies de la moelle ou hématomyélies, par M. Barat-Dulaurier. (Thèses de Paris, n° 171.)

L'auteur s'appuie surtout sur deux faits d'hématomyélie qu'il a observés pendant son internat à l'hôpital Beaujon. Il arrive à un certain nombre de conclusions intéressantes. — Il existe un ramollissement hémorrhagipare tout à fait analogue à ce que M. Rochoux a décrit pour l'hémorrhagie cérébrale. — La paralysie siége du même côté que la lésion. — La mort peut être instantanée ; elle peut n'arriver qu'après quarante jours. — Les escarres au sacrum et sur les parties saillantes se montrent beaucoup plus rapidement que dans les compressions simples de la moelle.

Atrophie et dégénérescence amyloïde de la moelle épinière. — Paraplégie. — Atrophie et ataxie musculaires. — Tuberculisation pulmonaire tardive.— Examen nécropsique et microscopique, par M. Laborde. (Société de biologie, septembre ; Gazette médicale, p. 837.)

Paraplégie, par M. Hillairet. — *Examen de la moelle épinière, dégénérescence amylacée,* par M. Luys. (Société de biologie, mai, et Gazette médicale, p. 467.)

Tubercule de la moelle, par M. Jaccoud. (Bulletin de la Société anatomique, p. 387, 1858.)

Mal de Pott coexistant ; les symptômes du dépôt tuberculeux de la moelle se sont ainsi trouvés masqués. Ce dépôt, de la grosseur de deux grains de chènevis, occupait le cordon antéro-latéral gauche ; il n'était pas ramolli.

Traité complet des paralysies, par M. Landry. (Paris, V. Masson, t. I, 1re partie, in-8, XII-320 pages.)

Nous attendrons, pour faire l'analyse de cet ouvrage, qu'il ait été publié en entier.

Des paralysies, par M. Spielmann. (Thèses de concours de Strasbourg.)

Recherches physiologiques et pathologiques sur les propriétés et la nutrition des muscles et des nerfs dans les paralysies, par M. Landry. (Moniteur des hôpitaux, p. 153.)

Faits très-nombreux prouvant que chez l'homme et les autres mammifères l'action nerveuse est indispensable à la nutrition du tissu musculaire, et que les muscles, privés pendant un certain temps de cette influence, s'atrophient, subissent la dégénérescence graisseuse, et finissent par disparaître complétement.

Paralysie ascendante aiguë, par M. O. Landry. (Moniteur des hôpitaux, p. 747, 754.)

Cette note a pour but de faire connaître la paralysie ascendante, affection dans laquelle les symptômes, partis des extrémités des membres, gagnent successivement les régions les plus élevées du corps ou les plus centrales, relativement au système nerveux, augmentant peu à peu d'intensité dans les organes envahis. Il rapporte une observation ayant pour titre : Paralysie

ascendante aiguë généralisée. — Mort. — Autopsie. — Nulle lésion appréciable du système nerveux.

Paralysie aiguë progressive, par M. Bauchet. (Société médicale de la Seine, 5 août, et Gazette hebdomadaire, p. 766.)

Histoire d'une malade, qui a été prise subitement de paraplégie, puis de paralysie des viscères ; la maladie est restée stationnaire pendant vingt-quatre heures ; le lendemain, la paralysie a gagné les parties supérieures du corps, et la malade est morte le quatrième jour après le début de l'affection. Ce cas est le pendant du précédent.

Une observation de paralysie aiguë ascendante, par M. Liégard. (Gazette des hôpitaux, p. 562.)

De l'ataxie locomotrice progressive, par M. Duchenne (de Boulogne). (Archives générales de médecine, janvier 1859, p. 36.)

Cette affection est surtout caractérisée par l'abolition progressive de la coordination des mouvements et par une paralysie apparente, contrastant avec l'intégrité de la force musculaire. Après avoir étudié ce premier fait des troubles de la coordination des mouvements, l'auteur montre comment ces troubles font croire à la faiblesse des muscles, qui cependant ont conservé toute leur force. L'anésthésie se montre peu à peu, mais dans plusieurs cas le défaut de coordination a été observé avant l'anésthésie. Les troubles de la locomotion dans l'ataxie locomotrice ne dépendent pas de l'altération de la sensibilité. — Les troubles de la coordination des mouvements dans l'ataxie locomotrice sont différents des désordres fonctionnels produits uniquement par la paralysie de la sensibilité musculaire, décrite par Ch. Bell sous le nom de *paralysie du sens musculaire*. — Douleurs térébrantes, lancinantes, existant dans des points très-limités, revenant par accès de durée très-variable. — La paralysie d'un des nerfs moteurs de l'œil est, en général, un des phénomènes initiaux de l'ataxie locomotive progressive ; elle coexiste fréquemment avec une amaurose. — D'autres nerfs crâniens sont rarement affectés. — Perte des fonctions générales, après un temps plus ou moins long. — Pas de fièvre. — M. Duchenne passe ensuite en revue les affections qui, ayant avec l'ataxie locomotrice quelques points de ressemblance, pourraient être confondues avec elle. Tous les malades observés sont morts, malgré les traitements employés. — La marche de la maladie est progressive. — Cette maladie reconnaît pour cause une lésion de la faculté psychique de la coordination des mouvements.

Conscience musculaire et ataxie locomotrice, par M. O. Landry. (Moniteur des hôpitaux, p. 549, 559.)

Dans cet article, M. Landry rappelle ses travaux sur la paralysie du sens musculaire, et il regarde comme analogues les faits d'après lesquels M. Duchenne a décrit l'ataxie locomotrice.

Atrophie de plusieurs nerfs moteurs, par M. Duménil. (Gazette hebdomadaire, p. 390.)

Atrophie des nerfs hypoglosses, faciaux et spinaux : paralysie complète du mouvement dans la langue, incomplète à la face; intégrité des muscles de la langue et de la face. Atrophie des racines antérieures des nerfs rachidiens; paralysie incomplète des membres, commencement d'atrophie musculaire.

Anésthésie générale périphérique, par M. Binz. (Deutsche Klinik et Union médicale, t. III, p. 238.)

Il s'agit d'une jeune fille qui, sous l'influence d'un refroidissement, a eu une anésthésie générale de toutes les parties accessibles, sans trouble des fonctions. Guérison en huit jours, par frictions et sudorifiques.

De l'influence du coït et de l'onanisme dans la station sur la production des paralysies, par M. A. Bourbon. (Thèses de Paris, n° 115.)

L'auteur rapporte des observations tendant à prouver l'influence de ces causes. Il arrive aux conclusions suivantes : — 1° Le coït et la masturbation sont des causes beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit actuellement. — 2° La paraplégie est la variété de paralysie qui semble la plus fréquente. — 3° Ces causes agissent en produisant une congestion ou un ébranlement des centres nerveux. — 4° La paralysie du mouvement s'observe plus fréquemment. — 5° La marche de la paralysie est toujours lente, à moins d'hémorrhagie; le pronostic est toujours grave, quoique la guérison puisse être obtenue au début des premiers symptômes. — 8° Une certaine prédisposition est nécessaire.

Quelques mots sur les paralysies et sur leurs causes, par M. A. Revillout. (Thèses de Paris, n° 199.)

Dans ce travail, l'auteur essaye de prouver que les paralysies doivent être classées d'après leurs causes. Il rapporte plusieurs observations originales de paralysies survenues à la suite d'empoisonnement lent par le tabac. Il termine par les conclusions suivantes : — *a*. Toute cause capable d'amener dans les fonc-

tions locomotrices une modification donnée, peut également en produire d'autres. — *b*. Chaque diathèse a son lieu d'action électif, à savoir : la colique pour l'empoisonnement saturnin, l'œsophagisme pour l'hystérie, le tremblement des mains pour l'alcoolisme, le voile du palais pour la diphthérie. — *c*. La marche, la durée, le pronostic d'une paralysie donnée sont sous la dépendance de la cause générale qui l'a produite.

Une observation pour servir à l'histoire de la paralysie faciale, par M. L. Gubian. (Gazette médicale de Lyon, p. 292.)

Homme de vingt-cinq ans, bien portant jusqu'alors; pleurésie aiguë; amélioration notable; apparition brusque d'une hémiplégie faciale à gauche; explosion d'une tuberculisation pulmonaire; mort. — Tubercules nombreux dans le cerveau; ils n'avaient eu pour symptômes que la paralysie faciale et la paralysie des muscles moteurs de l'œil; pas de trouble de l'intelligence, etc.

Etude sur la paralysie complète du nerf moteur oculaire commun, par M. Dumas. (Thèses de Montpellier, n° 44.)

Paralysie du nerf moteur oculaire commun, par M. Jos. Carrère. (Thèses de Paris, n° 259.)

Observations diverses de paraplégie, par M. Gule. (Guy's hospital Reports, troisième série, t. IV, p. 169, et Archives générales de médecine, avril, p. 482.)

Observations de paraplégie, avec des réflexions cliniques et anatomo-pathologiques.

Etat nerveux chronique avec paraplégie simulant les maladies de la moelle épinière. (Gazette des hôpitaux, p. 562.)

Extrait de l'ouvrage de M. Bouchut sur le Nervosisme.

Paralysie des muscles des gouttières vertébrales, par M. Zuradelli. (Gazetta medica italiana Lombardia et Gazette hebdomadaire, p. 571.)

Cette étude embrasse diverses paralysies des muscles spinaux, sans distinction de cause ou d'origine; caractères généraux de ces paralysies.

Paralysie grave guérie par la gymnastique et l'électrisation, par M. Eulenburg. (Archiv für Pathologische et Archives générales de médecine, décembre, p. 736.)

La paralysie portait sur les muscles extenseurs de la colonne vertébrale.

Paralysie musculaire datant de plusieurs années, par M. Tartivel. (Journal du progrès, p. 113.)

Guérison par le traitement hydrothérapique.

Essai sur la paralysie musculaire atrophique, par M. J. Seeligman. (Thèses de Paris, nº 204.)

Etude très-complète de cette affection. — L'auteur cherche, à la fin de sa thèse, à en établir la nature. Il fait remarquer que l'on peut observer : 1º des paralysies sans altération des muscles ; 2º de l'atrophie des muscles sans paralysie ; — 3º des paralysies avec atrophie, à la suite de lésions nerveuses ; 4º un grand nombre de cas dans lesquels l'atrophie n'est pas en rapport avec la paralysie. — Il fait remarquer en outre que c'est tantôt la paralysie, tantôt l'atrophie qui précède. Ces considérations le font incliner vers l'opinion de Reid et Eisenmann, lesquels considèrent cette affection comme une lésion dynamique du système nerveux portant sur les nerfs moteurs et sur les nerfs trophiques, soit isolément, soit collectivement ; quant aux lésions trouvées à l'autopsie, elles sont l'effet de la perturbation dynamique.

Atrophie avec dégénérescence graisseuse des nerfs et des muscles de la cuisse, suite de contracture chez un paralytique, par M. Chalvet. (Bulletin de la Société anatomique, p. 217.)

Atrophie musculaire du bras droit. — Dégénérescence graisseuse des fibres musculaires. — Intégrité des cordons nerveux, par M. Legendre. (Société de biologie, juillet; Gazette médicale, p. 584.)

Atrophie musculaire progressive, par M. Fromann. (Medico-chirurgische Monatschrift; Archives générales de médecine, p. 96, janvier.)

Des altérations siégeaient dans l'arachnoïde de la moelle allongée ; sur la moelle, qui était ramollie dans une étendue considérable ; sur les pédoncules cérébraux, qui renfermaient des foyers hémorrhagiques et des corpuscules amylacés ; sur un grand nombre de nerfs, qui renfermaient de la graisse et du pigment grenu.

Contractures liées à une altération du système nerveux périphérique, par M. J. Luys. (Société de biologie, mai, et Gazette médicale, p. 467.)

M. Luys a communiqué trois observations de contractures musculaires, qui semblaient avoir été produites par des lésions du système nerveux périphérique. Chez deux sujets, il y avait altération du nerf radial et contracture des mains dans le sens de la flexion ; chez un troisième, le nerf crural était altéré, et il y avait flexion de la cuisse sur le bassin. Dans un cas, il s'agissait d'une transformation albuminoïde du nerf ; dans les deux autres cas, d'une dégénérescence graisseuse. — M. Marey a fait remarquer que les trois exemples cités par M. Luys n'étaient pas comparables entre eux, et, en effet, chez les deux sujets atteints d'altération des nerfs radiaux, la contraction se faisait dans le sens de la flexion : elle était donc opérée par les muscles antagonistes de ceux dont les nerfs étaient malades. Chez le troisième sujet, la cuisse était fléchie sur le bassin ; dans ce cas, la contracture appartient aux muscles fléchisseurs de la cuisse, qui sont, contrairement aux cas précédents, ceux dont le nerf est malade.

Contracture des doigts et de la main, suite de la lésion d'un filet nerveux dans une saignée, par M. Borelli. (Gaz. med. ital. Stati sardi, et Bulletin général de Thérapeutique, t. LVI, p. 56.)

Névrotomie sous-cutanée ; guérison.

La migraine, par M. A. Allory. (Thèses de Paris, nº 197.)

De quelques douleurs musculaires ou myosalgies et de leur traitement, principalement à l'aide des courants électriques par induction, par M. Hava y Valdès. (Thèses de Paris, nº 156.)

Aprés quelques généralités sur la myosalgie, l'auteur étudie successivement : la myosalgie hystérique, la myosalgie rhumatismale, et la myosalgie saturnine ou la colique de plomb.— Pour M. Hava, comme pour M. Briquet, la céphalalgie hystérique n'est rien autre chose qu'une myosalgie des muscles épicrâniens. — Les courants électriques, dont l'application est douloureuse, réussissent aussi bien, lorsque le malade est chloroformé. — Le meilleur appareil est celui de MM. Morin et Legendre.

Aconit contre la céphalalgie nerveuse, par M. Symonds. (Bulletin de Thérapeutique, t. LVI, p. 537.)

L'auteur préconise ce médicament, surtout contre les cépha-

lalgies chroniques. On prescrit trois fois par jour une petite dose d'aconit, soit seule, soit associée à quelque tonique.

Traitement des céphalalgies nerveuses par l'emploi du chlorhydrate d'ammoniaque, par M. A. Barallier. (Bulletin général de Thérapeutique, t. LVI, p. 305.)

L'action de ce médicament contre les douleurs nerveuses siégeant à la région crânienne, et principalement contre la migraine, est un fait incontestable pour M. Barallier. Il a administré le chlorhydrate d'ammoniaque sous forme de potion, d'après la formule suivante :

Eau distillée ou infusion de mélisse ou de menthe. 60 gr.
Chlorhydrate d'ammoniaque. 3
Sirop d'écorce d'oranges 25

A prendre en trois prises, à une demi-heure d'intervalle. Ce mode d'administration a, suivant l'auteur, une grande influence sur l'action curative du remède. Les conclusions pratiques du mémoire publié par M. Barallier sont ainsi résumées : — 1° La potion au chlorhydrate d'ammoniaque a presque constamment dissipé les accès de migraine idiopathique et de migraine consécutive à une menstruation plus abondante que de coutume. — 2° Elle a été impuissante à soulager les accès d'hémicranie dépendant d'une irrégularité ou d'une suppression de menstruation. — 3° Elle a donné d'assez bons résultats contre les douleurs crâniennes placées sous la dépendance d'une altération fonctionnelle de l'estomac et contre la céphalalgie nerveuse accidentelle. — 4° Elle a heureusement amendé les céphalalgies consécutives à des accès réitérés de fièvre intermittente, celles qui s'observent au déclin des fièvres graves et dans le cours de la période d'irritation du typhus. — 5° Son action ne se manifeste d'une manière bien marquée que quand le médicament est administré au moment de l'intensité de la plus grande douleur.

Traitement de la migraine par l'électricité vitrée, par M. Poggioli. (Académie des sciences, 2 mai.)

Bons résultats obtenus par l'auteur.

Recherches sur une nouvelle espèce de migraine, par M. Mène. (Académie des sciences, 28 novembre.)

Cause et traitement de l'hémicranie, par M. Merz. (Presse médicale belge, 13 mars.)

Si, appliquant les doigts à la région moyenne du cou, l'on com-

prime l'artère carotide du côté affecté, chez une personne souffrant d'hémicranie, au bout de cinq minutes le patient reconnaît une amélioration sensible dans la douleur ; au bout de dix minutes celle-ci a disparu ; mais que l'on rende alors à la circulation sanguine son libre cours dans l'artère carotide, le mal ne tarde pas à reparaître et à reprendre petit à petit toute son intensité primitive. Si cette compression est continuée d'un quart d'heure à un jour, les symptômes de cette affection douloureuse diminuent dans leur durée, que l'hémicranie soit ou non typique. Pour pratiquer la compression avec le plus de facilité possible, on peut faire usage d'un bandage herniaire, dont le point d'appui est placé sur les muscles postérieurs du cou, et dont la pelote pose sur un bouchon placé au point où l'artère émerge de derrière le muscle sterno-cléido-mastoïdien.

Névrose générale, par A. Tartivel. (Progrès, p. 393.)

Cette névrose était caractérisée en particulier par une céphalée occipitale opiniâtre et par des phénomènes cérébraux; mélancolie, nosomanie ; insuccès de traitements divers. — Traitement hydrothérapique. — Guérison.

Observation de névralgie multiple, par M. Dupau. (Journal de médecine de Toulouse, mai.)

La cause de cette névralgie était la chlorose. — La névralgie était très-intense, elle occupait plusieurs nerfs et se déplaçait d'un côté à l'autre. — Elle avait résisté aux narcotiques pris à l'intérieur ; elle a cédé rapidement et facilement à la morphine, par la méthode endermique.

Section des nerfs dentaire et lingual contre une névralgie, par M. Inzani. (Gazetta med. italiana, 21 mars.)

Névralgie violente, durant depuis dix ans, ayant résisté à divers traitements, déterminant des souffrances, qui avaient exténué le malade. — M. Inzani, résolu à pratiquer la section du dentaire et peut-être du lingual, fit une incision de la peau et du masséter, en évitant le conduit de Sténon, et appliqua une couronne de trépan large d'un centimètre et demi sur le centre de la branche de la mâchoire. Le nerf dentaire avait été coupé dans son canal par le trépan ; et néanmoins l'accès névralgique reparut au moment même, avec sa violence ordinaire. L'affection parut ensuite s'apaiser. Mais comme, au bout d'un mois, elle avait repris son intensité première, conservant toujours le même siége, on dilata le fond de la plaie avec l'éponge préparée, et l'on enleva à l'aide du trépan la lame profonde de tissu compact. Le

nerf lingual fut alors découvert ; à peine l'eut-on coupé, que le malade accusa un sentiment de bien-être tel qu'il n'en avait pas éprouvé depuis dix ans, même dans les moments de relâche entre deux accès. Depuis lors, il demeure parfaitement guéri. — Il a une paralysie du sentiment de la lèvre inférieure, et du sens tactile et gustatif de la moitié antérieure du côté droit de la langue.

Névralgies faciales anciennes et rebelles, traitées par l'hydrothérapie, par M. Tartivel. (Journal du progrès, p. 481.)

Névralgie de la face. — Section des nerfs sous-orbitaire, dentaire inférieur, buccal et lingual, par M. Michel. (Gazette des hôpitaux, p. 183.)

Un homme avait subi la section des nerfs sous-orbitaire, dentaire inférieur et buccal pour une névralgie; après une guérison de quelques mois, le malade éprouva de nouveaux accès, et M. Michel put constater qu'ils avaient pour points de départ le lingual et le rameau molaire; la sensation s'irradiait de là dans toute la face. — Guérison après la section du molaire et du lingual; pour ce dernier, voici le manuel opératoire de l'auteur : Le malade étant assis en face d'une lumière convenable, la bouche ouverte, nous saisîmes avec une érigne double le bord droit de la langue, que nous renversâmes du côté opposé, en le tirant légèrement au dehors de la bouche. Cette érigne fut confiée à un aide chargé de soutenir cette manœuvre, qui a pour but de découvrir dans toute son étendue la rigole du plancher buccal. Puis avec une pince à mors de souris nous saisîmes la muqueuse buccale, qui fut coupée, à l'aide d'un bistouri, sur toute la longueur du nerf à partir de la dernière molaire. Un petite quantité de sang s'écoula; puis nous disséquâmes prudemment les quelques brides de tissu cellulaire graisseux qui nous séparaient du lingual. Celui-ci fut mis à nu, chargé sur un crochet mousse et reséqué dans une étendue de 2 centimètres environ.

Névralgie faciale intermittente, par M. Ch. Laronde. (Moniteur des sciences, p. 453.)

Cette névralgie a été jugulée par le valérianate de quinine, et immédiatement suivie d'une affection de l'appareil vocal, principalement caractérisée par un bégayement des plus prononcés.

Une observation de névralgie sciatique essentielle, par M. B.-Ph. Vincent. (Thèses de Paris, nº 224.)

M. Vincent rapporte sa propre observation, qui est instructive à plus d'un titre. Il se résume ainsi : — *a.* la peau correspondant

aux nerfs douloureux ne fonctionne plus comme à l'état normal ; elle est frappée d'atonie plus ou moins considérable. — *b*. Le plus léger refroidissement, le simple contact de l'air extérieur exaspèrent les douleurs névralgiques, surtout si la peau est humide. — *c*. Toute réaction ou toute irritation provoquée à la peau fait disparaître momentanément la douleur névralgique, là seulement où cette réaction ou cette irritation est produite. — *d*. Le défaut de réaction de la peau est le fait primordial ; la névralgie est le fait secondaire. *e*. — Le meilleur moyen de remédier à cet état de la peau est la cautérisation transcurrente ; là cautérisation de l'hélix, par la réaction qu'elle provoque dans tout l'organisme, peut conduire au même résultat, dans les névralgies légères.

De la névralgie sciatique et de son traitement, par M. B. Fayt. (Thèses de Paris, n° 226.)

De la névralgie fémoro-poplitée et de son traitement par la cautérisation transcurrente, par M. Mène. (Thèses de Paris, n° 14.)

Parmi les nombreux moyens préconisés contre la sciatique, la cautérisation transcurrente compte le plus de succès ; elle est moins douloureuse que les vésicatoires.

De la sciatique, par M. Bosc. (Thèses de Paris, n° 83.)

Névralgie sciatique, par M. A. Tartivel. (Journal du progrès, p. 57.)

Cette névralgie, datant de six mois, et rebelle à un grand nombre d'agents thérapeutiques, a été guérie en un mois par l'hydrothérapie.

Névralgie sciatique, par M. A. Tartivel. (Progrès, p. 287.)

Cette névralgie datait de trente-neuf ans : névralgies concomitantes ; insuccès des vésicatoires, moxas, bains de vapeur, médicaments externes et internes de toute espèce ; amélioration équivalant presque à une guérison après deux mois de traitement hydrothérapique.

Névralgie sciatique et névralgies oculaires, par M. Jobert (de Lamballe). (Union médicale, t. II, p. 614.)

Leçon clinique sur ces névralgies. — Le professeur insiste sur les services que rend, dans ces cas, la cautérisation transcurrente. Il décrit la névralgie conjonctivale.

Traitement de la névralgie sciatique par la cautérisation transcurrente, par M. Monneret. (Bulletin de Thérapeutique, t. LVII, p. 224.)

M. Monneret emploie la cautérisation transcurrente contre la sciatique. En 1858, il a compté dix guérisons et trois améliorations sur treize cas. — Deux observations. — Les cautérisations doivent être faites d'une manière très-légère, au moyen d'un cautère en hache rougi à blanc. Presque toujours, M. Monneret pratique trois ou quatre cautérisations, s'étendant depuis la hanche jusqu'au côté externe du jarret; si la jambe et le pied sont douloureux, il faut y faire des raies. Si, trois ou quatre jours après la cautérisation, le mal n'a pas disparu, il faut recommencer. Il est des sciatiques rebelles, qui ne cèdent qu'à la cautérisation plusieurs fois répétée.

Section du nerf poplité pour une névralgie de la jambe, par M. Hooker. (The Lancet et Gazette médicale de Lyon, p. 474.)

Cette opération était justifiée non moins par la ténacité des douleurs que par l'état déplorable auquel elles avaient réduit la malade, femme de trente-cinq ans, qui, après avoir cherché des secours dans six hôpitaux de Londres, réclamait l'amputation comme dernière ressource. La violence des douleurs et l'insomnie qu'elles causaient la menaçaient d'une mort prochaine. Le membre était atrophié et couvert d'ulcérations.

M. Hooker, s'étant décidé à diviser le nerf aussi haut que possible, fit une incision oblique de dehors en dedans, reconnut le bord du biceps et découvrit alors le nerf, qu'il coupa. Le lendemain, les douleurs semblaient continuer aussi fortes qu'avant l'opération; mais ensuite elles diminuèrent progressivement, les ulcères guérirent rapidement. Il y a maintenant trois mois que l'opération a été faite, et la guérison persiste.

Vaste phlegmon situé sous le muscle grand fessier et ayant simulé une névralgie pendant dix-neuf jours, par M. Grandclément. (Progrès, p. 447.)

De la névralgie de la mamelle, par M. J.-B. Lechat. (Thèses de Paris, nº 52.)

On trouve dans cette thèse quelques observations nouvelles et des considérations particulières propres à l'auteur. Après avoir montré que la névralgie de la mamelle se présente sous trois formes : 1º la névralgie simple; 2º la névralgie avec tuméfaction; 3º la névralgie avec tumeurs, M. Lechat ne voit dans ces formes que trois degrés d'une même affection, et n'attache qu'une importance secondaire aux lésions.

Névralgie de la mamelle chez une femme récemment accouchée. (Bulletin général de Thérapeutique, t. LVI, p. 478.)

Emploi des narcotiques. — Guérison lente.

Essai sur la douleur sous-mammaire, par M. Ch. Coote. (Medical Times and Gazette; Archives générales de médecine, p. 226, février.)

Conclusion. — La véritable douleur sous-mammaire est une névralgie périphérique causée par un trouble dans la nutrition du système nerveux qui se rend à cette région ; la cause immédiate de ce dérangement vasculaire réside dans l'innervation irrégulière des artères, dont les parois se dilatent, et qui amènent, par conséquent, la congestion des parties auxquelles elles se distribuent ; l'irritabilité du système nerveux, plus grande chez la femme que chez l'homme, rend parfaitement compte de la fréquence de cette affection pour le sexe féminin, mais n'exclut en aucune façon la possibilité de son existence chez l'homme. Une hygiène bien entendue et un régime tonique sont donc les seuls moyens indiqués.

Névralgie des parois abdominales, par M. James Oliver. (Edinburgh med. Journ. et Gazette médicale de Paris, p. 108.)

Guérison par une injection de solution de chlorhydrate de morphine. — La maladie, très-intense, durait depuis huit ans.

Du traitement local de la douleur, par M. J. Auroux. (Thèses de Paris, nº 210.)

L'auteur passe successivement en revue la compression, le froid, l'électricité, les stupéfiants, les injections sous-cutanées, les anésthésiques, et parmi ces derniers il examine surtout l'acide carbonique.

Traitement des névralgies par les courants électriques à forte tension, par M. Becquerel. (Académie de médecine, 8 novembre.)

Après avoir esquissé à grands traits l'historique des applications thérapeutiques de l'électricité, l'auteur expose les principes physiologiques qui l'ont guidé dans ses recherches, et qui sont les suivants : Un courant continu d'une certaine intensité et direct, c'est-à-dire le pôle positif placé du côté central, et le pôle négatif du côté périphérique, appliqué pendant un certain temps sur un nerf, produit l'engourdissement des facultés sensible et motrice de ce nerf (s'il les possède toutes deux) ; il finit même, s'il est prolongé, par les paralyser momentanément. — Un courant inverse, c'est-à-dire les pôles étant placés en sens contraire,

produit au contraire de l'excitation et de la douleur ; s'il est appliqué après un courant direct, il fait disparaître l'engourdissement de la sensibilité et de la motilité produit par le premier. — Si, au lieu de courants modérément forts, on emploie des courants intenses ou à forte tension, la direction devient indifférente, et, avec des courants directs, comme avec des courants inverses, on obtient le même engourdissement de la sensibilité et de la motilité. — Partant de ces données, M. Becquerel a établi, par des expériences préliminaires, que l'on arrive exactement aux mêmes résultats en se servant de courants d'induction. — Si, au lieu d'agir sur un nerf sain, on agit sur le nerf atteint de névralgie, c'est sur la sensibilité pathologique que se porte toute l'action des courants d'induction ; la sensibilité morbide est anéantie sous l'influence de ce courant à forte tension et à intermittences rapides. — La sensibilité morbide ainsi engourdie peut ne pas reparaître ; ce cas est le plus rare ; en général, elle revient au bout de quelques heures, quelquefois d'un jour. A mesure que l'on répète les séances d'électrisation, le retour de la douleur se fait à des intervalles plus éloignés, et son intensité diminue. Enfin, il arrive un instant où elle ne revient plus : la névralgie est alors guérie. Il faut en général, pour obtenir ce résultat, de trois à quinze applications de deux à cinq minutes chacune. — D'après ses recherches, M. Becquerel croit pouvoir affirmer que cette méthode, qu'il nomme *méthode hyposthénisante*, peut guérir toutes les névralgies. Lui-même l'a appliquée, avec un succès complet, au traitement de 42 névralgies, dont 19 sciatiques, 3 lombaires et iliaques, 14 intercostales, 3 crurales, et 3 trifaciales. Pour ces dernières, il recommande d'agir avec une grande prudence, crainte de produire des congestions cérébrales ou des céphalalgies opiniâtres, qui ne sont jamais graves, il est vrai, mais qui pourraient effrayer les malades. — M. Becquerel insiste surtout sur la nécessité de faire usage de très-fortes machines, la plupart de celles qui sont entre les mains des médecins sont tout à fait insuffisantes pour produire l'anésthésie et l'engourdissement de la sensibilité morbide ; il se sert de préférence des machines électro-magnétiques grand modèle de Gaiffe ou de Breton.

Bons effets de l'esculine comme traitement des névralgies, par M. Monvenou. (Bul. général de Thérapeutique, t. LVII, p. 127.)

Observations pour prouver l'efficacité de ce médicament.

Emploi du chlorhydrate d'ammoniaque dans la névralgie, par M. Beerchley. (The Lancet; Bulletin général de Thérapeutique, t. LVI, p. 62.)

Bons effets. Ce médicament s'administre pendant l'accès, à la

dose de 2 grammes toutes les deux heures, dans une mixture camphrée. — Très-employé dans l'Inde.

Névralgies. — Chloroforme gélatinisé, par M. Massart.
(Revue de thérapeutique médico-chirurgicale.)

La gélatinisation à froid du chloroforme se fait dans les proportions de parties égales d'albumine (blanc d'œuf) et de chloroforme. Le mélange, étant agité, prend d'abord la consistance du collodion, et, après trois heures de repos, il a acquis la forme gélatineuse. Le chloroforme pur, qu'il faut toujours préférer, donne une préparation plus blanche et plus consistante que celle qu'on obtient avec le chloroforme du commerce. — Pour la gélatinisation par le bain-marie, les proportions ne sont plus les mêmes. On mêle une partie d'albumine et quatre parties de chloroforme pur dans un flacon qu'on plonge entièrement dans un bain-marie de 50 à 60 degrés. On obtient, par ce procédé, la gélatinisation en quatre minutes. — M. Massart emploie la préparation à froid, plus simple et qui lui a toujours réussi. — Le chloroforme gélatinisé est un excellent topique qui s'adresse à la douleur dans toutes ses variétés pathologiques. Il s'emploie en frictions sur la partie douloureuse; il est rare que deux ou trois frictions ne suffisent pas pour amener l'anésthésie; mais il faut que la friction soit faite rapidement, car si on laisse un instant en contact avec la peau, quoique à l'air libre, la quantité de topique à employer, ou si l'on frictionne avec une dose trop forte, la peau est cautérisée superficiellement, et cette cautérisation de la surface s'accompagne d'une douleur très-vive. — La friction du chloroforme gélatinisé laisse sous les doigts des grumeaux d'albumine inertes dont l'agent anésthésique a été exprimé, et qu'il faut balayer avec la main. — Les douleurs névralgiques et rhumatismales sont rapidement calmées par ce moyen.

Injections médicamenteuses sous-cutanées, par M. Béhier.
(Académie de médecine, 12 juillet.)

L'honneur de cette nouvelle méthode, dit M. Béhier, appartient tout entier à M. Wood (d'Edimbourg), qui commença à l'employer en 1853, et qui a rédigé sur ce sujet une note contenue dans le tome LXXXIIe de l'Édinb. med. and surg. Journal (avril 1855, p. 265). — M. Béhier a pratiqué à son tour ces injections, en se servant de la seringue inventée par M. Pravaz pour les injections de perchlorure de fer. La petite seringue est accompagnée de deux trocarts de taille différente ; le trocart que l'on choisit, une fois introduit avec sa canule sous le nerf lui-

même, s'il est possible, ou dans tout autre point du corps, on retire le trocart, et, sur la canule restée dans les tissus, on visse le petit corps de seringue. Chaque quart de tour de piston (qui est à vis) donne issue à une goutte de liquide médicamenteux ; la canule en contient de 4 à 6 gouttes. — Ce liquide a été, dans trente-huit cas, une solution de sulfate d'atropine d'abord dans la proportion de 20 milligrammes pour 30 grammes d'eau distillée ; M. Béhier a donc injecté, à chaque quart de révolution, un dixième et demi de milligramme de sulfate d'atropine environ, et 6 gouttes ont représenté à peu près un milligramme de cette substance. — Voici les proportions auxquelles s'est arrêté définitivement M. Béhier : il emploie une dissolution de sulfate d'atropine dans la proportion de 30 grammes d'eau distillée, ce qui donne exactement deux dixièmes de milligramme de sel pour chaque goutte, et, pour 5 gouttes, 1 milligramme de sulfate d'atropine. — M. Béhier a opposé ces injections aux névralgies sciatiques, névralgies intercostales, brachiales, faciales, pleurodynies, douleurs musculaires rhumatoïdes, contusions, douleurs sympathiques d'un cancer utérin, douleurs liées à d'autres affections. — Cette première catégorie de malades, au nombre de 53, a été soumise aux injections avec le sulfate d'atropine. — Viennent ensuite les malades sur lesquels M. Béhier a injecté une solution de sulfate de strychnine, savoir : paraplégie, paralysie de la jambe gauche liée peut-être à une affection névralgique, hémiplégie, suite d'hémorrhagie cérébrale, paralysie du bras, suite de compression. — Enfin, il a injecté une solution de chlorhydrate de morphine dans un cas de colique avec constipation chez un peintre, colique de plomb légère. — Dans tous ces exemples, l'effet avantageux du médicament a été constant et très-marqué, avec des résultats définitifs très-nettement constatés pour les uns, moins bien constatés pour les autres. La cause de cette dernière incertitude, c'est que certains malades ont été traités à la consultation de l'hôpital et que plusieurs n'ont pas été revus. — Chez tous les malades, les signes de l'intoxication atropique ont été constatés et les accidents combattus avec succès par des préparations d'opium. Ces faits confirment l'opinion de Giacomini, de MM. Cazin et Bayle, sur l'antagonisme de la belladone et de l'opium. — Les injections, tout en agissant plus sûrement et plus vite que toutes les autres méthodes, même la méthode endermique, sont bien moins douloureuses que les vésicatoires et que les cautérisations, et elles n'offrent aucun inconvénient. Les faits de M. Wood ne contiennent pas d'exemple d'accidents locaux développés au niveau des piqûres, et, sur 227 piqûres pratiquées par M. Béhier, il n'y a pas eu non plus un seul accident local. M. Becquerel a fait des injections analogues sur 21 malades, avec un succès complet dans 20 cas, et sans qu'un

seul malade ait éprouvé de gonflement ou de suppuration, etc. — Quelques expériences faites par M. Hérard ont donné des résultats semblables. — M. Béhier a plusieurs fois tenté, pour vérifier l'opinion de W. Hunter, de pratiquer des injections sur une région éloignée de la douleur, et jamais il n'a observé aucun résultat de ces tentatives. Pour être efficaces, les injections doivent, par conséquent, être faites au point douloureux même. — « En résumé, dit M. Béhier en terminant, je crois qu'il résulte des études qui précèdent que des injections sous-cutanées de substances médicamenteuses offrent des avantages considérables dans le traitement des névralgies, dans celui des paralysies, et qu'elles pourraient même être très-utiles comme méthode propre à faire obtenir dans toute autre affection l'absorption très-prompte et très-sûre des médicaments destinés à agir sur l'économie tout entière. Ce sont là des motifs qui me paraissent légitimer suffisamment la vulgarisation de cette méthode, qui ne présente d'ailleurs aucun inconvénient et que je place avec confiance sous le patronage de l'Académie. »

Traitement des névralgies par l'injection sous-cutanée du sulfate d'atropine, par M. Hérard. (Union médicale, t. III, p. 228.)

Ces injections, pratiquées plusieurs fois par M. Hérard, n'ont jamais produit d'accidents; elles ont amené la guérison ou un soulagement très-notable.

Névralgies traitées par l'injection du sulfate d'atropine, par M. Becquerel. (Gazette des hôpitaux, 30 juillet.)

Observations de succès obtenus, à l'hôpital de la Pitié, d'après le *modus faciendi* de M. Béhier.

Injections médicamenteuses sous-cutanées ou méthode hypodermique, par M. Courty. (Montpellier médical, octobre et novembre.)

Nouveaux faits favorables à cette méthode. — L'auteur résume ainsi ce que lui a appris son expérience : — 1° Les injections locales hypodermiques de morphine et d'atropine ont sur les névralgies une action plus puissante et plus rapide que l'administration des mêmes médicaments par l'estomac, ou que leur absorption par la surface du derme dénudé. — 2° On produit toujours et immédiatement un effet favorable sur la douleur ou l'impotence musculaire qui accompagnent la névralgie, en pratiquant l'injection sur le point douloureux ou, au-dessus de lui, sur quelque partie accessible du tronc nerveux d'où émanent les branches qui sont le siége de la maladie. — 3° Le nombre des guérisons obtenues par l'atropine est plus considérable que le nombre des guérisons

obtenues par la morphine. — 4° La nature de la maladie et la santé générale du sujet sont des sources de différences marquées dans la facilité et la promptitude de la guérison. Les névralgies essentielles, puis les névralgies rhumatismales, guérissent plus facilement que les névralgies sympathiques ou symptomatiques. — 5° Lorsque la névralgie n'est pas guérie par les injections, elle éprouve du moins une modification locale immédiate, qui apporte un grand soulagement au malade. — 6° La guérison de la névralgie dépend surtout de l'action primitivement et principalement locale du narcotique sur le nerf douloureux, lequel éprouve à ce contact une sorte de stupéfaction plus ou moins prolongée, souvent durable. — 7° Les accidents généraux sont faciles à maîtriser lorsqu'on élève la dose du narcotique progressivement et avec prudence.

Traitement de la sciatique par l'application immédiate de l'opium aux points douloureux, par M. Georges Lindsay-Bonnar. (Gazette médicale de Paris, p. 90.)

Quelques renseignements sur la méthode de Wood.

Des injections sous-cutanées médicamenteuses, par M. Rouyer. (Journal du progrès, p. 233.)

Dans cet article, M. Rouyer passe en revue les travaux de MM. Béhier, Hérard, Becquerel. — Il a aussi fait des injections avec la solution de sulfate d'atropine ; puis, voyant que les malades paraissaient répondre avec trop de confiance, il a fait des ponctions sans injection, et les résultats ont été tout aussi favorables dans ce dernier cas que lorsqu'on faisait des injections. Il n'en tire que cette conclusion, c'est qu'il faut être très-circonspect dans l'interprétation des réponses des malades.

Priorité au sujet de l'assimilation de la névralgie avec les effets de la fièvre pernicieuse, par M. Liégey. (Union médicale, t. II, p. 106.)

Deux cas d'épilepsie aiguë, par M. J. Lecoq. (Gazette des hôpitaux, p. 144.)

Deux faits d'attaques d'épilepsie se répétant coup sur coup chez des individus qui n'avaient jamais présenté d'accidents semblables ; pour l'auteur, ils établissent d'une manière incontestable l'existence de l'épilepsie aigüe, souvent très-grave, pouvant entraîner la mort, mais n'étant quelquefois que le début d'une épilepsie qui passe définitivement à l'état chronique, pour se maintenir sous cette forme, de beaucoup la plus fréquente.

Essai sur l'épilepsie, par M. Jacq. (Thèses de Montpellier, n° 52.)

Epilepsie ; traitement par l'atropine, par M. Maresch. (Annales médicales de la Flandre orientale et Gazette des hôpitaux, p. 319.)

M. le docteur Maresch a administré l'atropine à dix-huit sujets épileptiques ; quatre hommes : guérisons et améliorations telles qu'il a été impossible de nier l'effet bienfaisant de l'atropine. Ces résultats, joints à ceux que d'autres praticiens ont obtenus de l'atropine dans le traitement de l'épilepsie, méritent la plus sérieuse attention. — M. Maresch a soigneusement noté les phénomènes pharmaco-dynamiques qui se sont présentés pendant l'administration du remède. 1/50 de grain d'atropine donnait lieu, dans tous les cas, aux effets qui suivent habituellement l'administration de cet agent, tels que sécheresse de la gorge, difficulté à parler, aberration visuelle, dilatation des pupilles, etc., phénomènes auxquels les malades s'habituaient peu à peu, mais qui ne s'en maintenaient pas moins pendant tout le traitement. — Le docteur Maresch administre l'atropine de la manière suivante : il en dissout un grain dans 500 gouttes d'alcool rectifié et donne de la solution 5 à 10 gouttes, soit un centième à un cinquantième de grain. Cette dose est administrée en une fois, le matin, avant le déjeuner qui ne peut comprendre ni café ni thé, ni cacao, ces substances contrariant l'action du médicament. Celui-ci est continué pendant soixante à quatre-vingt-dix jours sans interruption, puis est repris après un intervalle de trente à quarante-cinq jours. Chez les femmes, il n'est pas besoin de le suspendre pendant la durée des menstrues, dont il favorise l'écoulement et qu'il augmente. Rarement l'atropine donne lieu à la constipation ; plutôt elle occasionne des diarrhées, qui, lorsqu'elles deviennent intenses, obligent à en suspendre l'administration pendant quelques jours.

Selin des marais dans l'épilepsie et quelques autres maladies, par M. Th. Herpin. (Bul. général de Thérapeutique, t. LVI, p. 353.)

Cette plante, plus généralement connue aujourd'hui sous le nom de *peucedanum palustre*, s'est montrée efficace dans bon nombre de cas d'épilepsie traités par l'auteur. Il conseille de commencer par la dose hebdomadaire de 30 grammes, divisée en 21 prises, puis d'augmenter chaque semaine de 15 grammes, jusqu'à ce qu'on parvienne à 120 grammes (7me semaine), pour ne plus augmenter que de 5 grammes pour arrondir, pendant la semaine suivante, et d'en rester à cette dose. Une fois la cessation des accès obtenue, on continuera l'emploi du médicament jusqu'à ce qu'il ait été encore pris en quantité au moins égale à

celle qui avait été nécessaire pour arriver à ce résultat : on cesse brusquement, c'est-à-dire sans suivre une progression décroissante. S'il y a quelques désordres gastro-intestinaux, on diminue le nombre des prises à 2 ou 1 par jour, et s'ils se renouvelaient plus d'une fois la même semaine, on persisterait à la même dose la suivante, ou même on reviendrait à la précédente. Un effet physiologique de ce médicament, dont le goût amer le rend difficile pour les enfants, est généralement de faciliter l'apparition des régles. Quant au temps nécessaire pour une cure, il est généralement de plusieurs mois consécutifs.

Épilepsie datant de seize ans ; guérison en trois semaines par le chlorure d'argent, par M. Picardi. (Gazette hebdomadaire, p. 300.)

Ce sel a sur le nitrate d'argent l'avantage de ne pas colorer la peau en noir. L'auteur a commencé par 4 grains et est allé, par doses croissantes, jusqu'à 30 par vingt-quatre heures.— Les accés ont rapidement diminué, et il n'y en a plus eu à partir du dix-huitième jour (le malade en avait deux accés par semaine avant le traitement). La guérison datait de vingt-six mois quand l'observation a été publiée.

Emploi du tartre stibié dans le traitement de l'épilepsie, par M. J. Bell. (The Glascow med. Journ. et Gazette medicale de Paris, p. 141.)

L'auteur, ayant essayé l'effet du tartre stibié sur quatre épileptiques, croit pouvoir annoncer que ce médicament diminue la fréquence et l'intensité des accés.

Accidents épileptiformes traités sans succès durable par l'acide arsenieux, par M. Moutard-Martin. (Union medicale, p. 351.)

L'auteur, pense que l'action perturbatrice de l'arsenic ne persiste pas ; à l'appui de cette opinion, il cite l'exemple d'une épileptique à laquelle il a administré de l'acide arsenieux. Les accidents disparaissaient sous l'influence du médicament, mais ils revenaient non modifiés, dés que la malade cessait de prendre l'arsenic.

De la digitale contre l'épilepsie, par M. Cornélius. (Charlestown med. Journ.)

L'auteur préfére, à tous les moyens préconisés contre l'épilepsie, la digitale, qu'il administre de la manière suivante : on prend 32 grammes de poudre de feuilles de digitale (les feuilles de l'automne, recueillies avant la première gelée, paraissent les plus efficaces) ; 32 grammes de cannelle concassée ; laissez infuser

avec un demi-litre d'eau bouillante pendant huit heures et filtrez. On donne d'abord une cuillerée à bouche, puis deux, de cette liqueur, trois fois par jour. — Au bout d'une semaine ou deux, on observe un ralentissement du pouls, qui descend à 60, 50 ou même à 40 pulsations. — On continue ce traitement pendant cinq à six mois. — M. Cornélius affirme avoir employé ce traitement plus de cent fois et avoir obtenu dans la moitié des cas une guérison parfaite, et dans un troisième quart une amélioration sensible.

De l'hydrothérapie dans le traitement de l'épilepsie, par M. Duval. (Paris, imprimerie Dubuisson ; in-8, 15 pages.)

Extrait du Moniteur des hôpitaux : M. Duval rapporte des observations de guérison de l'épilepsie par l'hydrothérapie. On trouvera un nouveau cas dans le Journal des Connaissances médicales, février.

Castration comme moyen curatif de l'épilepsie, par M. Holthouse. (The Lancet, 22 janvier.)

L'auteur a pratiqué cette opération sur un malade qui la réclamait avec instance : il s'agit de cet épileptique qui, en 1857, a séjourné quelque temps à l'Hôtel-Dieu ; l'observation a été publiée quelques jours après l'opération ; on ne sait quel sera le résultat.

Accidents épileptiformes produits par la présence d'un chapelet dans les voies digestives, par M. de Closmadeuc. (Gazette des hôpitaux, p. 332.)

Un vomitif a fait cesser les accidents, en déterminant l'issue d'un énorme chapelet.

Recherches sur la nature des convulsions épileptiformes, produites par les pertes de sang, par MM. Kussmaul et Tenner. (Archives générales de médecine, p. 221, février.)

De ces expériences, et des observations faites chez l'homme, MM. Kussmaul et Tenner concluent que les convulsions des épileptiques ne se produisent que lorsque, outre les hémisphères cérébraux, une ou toutes les parties du cerveau qui sont placées derrière les couches optiques cessent subitement de recevoir une quantité suffisante de sang ; mais que la chute qui précède les convulsions, ainsi que la perte de la conscience et de la sensibilité, sont sous l'influence des hémisphères cérébraux. Il leur paraît peu probable qu'une congestion cérébrale active ou passive

puisse être la cause des convulsions épileptiformes ; ils croient que le laryngisme peut bien les produire, mais qu'il n'en est pas de même de l'œsophagisme et du trachélisme, comme le croyait M. Hall. Ils supposent, d'après quelques expériences, que certaines formes d'épilepsie reconnaissent pour cause un spasme des artères cérébrales, et que la moelle allongée, d'où part l'influence qui fait contracter les muscles constricteurs de la glotte et qui excite les nerfs vasomoteurs, est souvent l'origine des paroxysmes épileptiques.

De l'état nerveux aigu et chronique, par M. Bouchut. (Paris, J.-B. Baillière, in-8, XII-348 pages.)

Nous avons fait l'analyse de ce travail dans l'*Annuaire*, t. II, p. 296. Voir ci-dessous le rapport et la discussion à l'Académie.

De l'état nerveux dans sa forme aiguë ou chronique, par M. Bouchut. Rapport de M. Gibert. (Academie de médecine, 8 février.)

« Ce travail, dit M. le rapporteur, nous paraît de nature à fixer l'attention des médecins sur l'écueil le plus redoutable où puisse échouer le praticien, savoir : le danger de confondre un état purement nerveux avec des lésions phlegmasiques ou organiques diverses, et de lui appliquer des médications impuissantes ou dangereuses. — Nous pensons, avec l'auteur, qu'il existe une névrose distincte de l'hystérie, de l'hypocondrie et de la mélancolie, que l'on pourrait désigner sous le nom de *cachexie nerveuse*, et à laquelle se joint souvent la chloro-anémie. Mais j'ajoute qu'il ne faut omettre non plus, comme individualité spéciale, la surexcitation nerveuse sans anémie, et même avec une crise sanguine toute contraire, qui a été signalée avec juste raison par MM. Cerise et Gillebert d'Héricourt. »

M. *Bouillaud* (15 février) déclare qu'il ne veut pas soulever une question de doctrine ; son désir le plus sincère est que les distinctions surannées de vitalistes et d'organiciens disparaissent à jamais. A propos des névroses, il n'est pas un organicien qui ne les considère comme des maladies sans lésion matérielle appréciable, et il est absurde d'accuser les organiciens d'instituer souvent des médications inutiles ou dangereuses contre ces affections ; ils cherchent à découvrir la nature, le siége et tous les symptômes du mal, et c'est sur les indications fournies par tous ces éléments qu'ils basent leur thérapeutique. — Quant au *nervosisme*, M. Bouillaud craint bien que ce ne soit un amas informe d'éléments disparates, à moins qu'il ne soit l'équivalent de

cachexie nerveuse, et, dans ce cas, il n'exprimerait aucune idée nouvelle. — L'orateur trace ensuite l'esquisse historique de la chloro-anémie ; il raconte de quelle manière il est arrivé, de 1830 à 1832, à constater sa fréquence et le rôle considérable qu'elle joue dans les maladies nerveuses. Il fait ressortir combien il est important de distinguer les névroses essentielles de celles qui sont liées à la chloro-anémie ; il insiste sur les conséquences terribles auxquelles entraînent les erreurs commises à cet égard. Il a vu des femmes anémiques mourir subitement dans une syncope, victimes d'un traitement antiphlogistique inopportun. Lui, qu'on accuse d'avoir prodigué les émissions sanguines, est peut-être, de tous les médecins, celui qui empêche le plus de saignées inutiles ou dangereuses. — Si les médecins se méprennent si souvent encore sur la nature des accidents déterminés par la chloro-anémie, c'est parce que les uns sont trop vitalistes, les autres trop organiciens ; parce que les uns négligent trop les moyens mécaniques d'exploration, et de ce que les seconds font trop bon marché des troubles purement fonctionnels. La vérité tout entière n'est ni dans l'un ni dans l'autre de ces deux camps, et le médecin *complet* n'appartient ni à l'un ni à l'autre.

M. *Piorry* admet l'existence de l'état nerveux, mais il ne croit pas qu'il faille l'expliquer par une modification du principe vital, qui ne peut être malade ; c'est un état tout organique. Il en est de même des névroses ; les affections qu'on a désignées par ce nom dépendent souvent de lésions organiques faciles à constater, et, lorsqu'il n'en est pas ainsi, le système nerveux est le siége d'actions moléculaires anormales. La prétendue classe des névroses comprend d'ailleurs des affections tout à fait dissemblables sous le rapport de leurs causes, de leurs caractères symptomatiques et de leur traitement. De fait, cette classe de maladies n'existe pas. — Puisque le mot *névrose* ne désigne rien de précis, ses composés, tels que *nervosisme*, ne peuvent convenir dans un langage correct ; cette expression est mauvaise au point de vue de la linguistique, et elle l'est bien plus encore au point de vue pathologique. Les conclusions de la Commission ne peuvent donc être admises ; tout en remerciant l'auteur de l'envoi de son travail, on doit laisser à lui seul, et sans approbation, la responsabilité de ses opinions et de l'expression *nervosisme*.

M. *Baillarger* (22 février) trouve, dans le travail de M. Bouchut, la description de deux états : l'un qui est indiqué pour la première fois, c'est le nervosisme aigu ; l'autre, connu depuis assez longtemps, c'est le nervosisme chronique. Il serait à désirer que M. Gibert spécifiât en quoi consiste le nervosisme aigu ; quant au nervosisme chronique, il est bien vrai que son siége est très-variable, qu'il n'offre aucun symptôme prédominant, que ses phénomènes, extrêmement variés, ne sont pas reliés par une

cause commune, et ne succèdent point dans un ordre déterminé; mais ce qui peut autoriser à en faire une névrose distincte, c'est que ses symptômes sont ceux qui sont communs, dans un grand nombre de cas, à l'hystérie et à l'hypocondrie. Il y aura dès lors trois ordres de faits : 1° l'hystérie et l'hypocondrie à l'état de simplicité ; 2° l'hystérie et l'hypocondrie associés à l'état nerveux ; 3° l'état nerveux sans hystérie ni hypocondrie. — Ce qui distingue l'hystérie de l'état nerveux, c'est la forme déterminée des accès. La distinction du nervosisme avec l'hypocondrie est peu difficile, et M. Baillarger pense qu'il faut rapporter à cette dernière affection plusieurs observations que M. Bouchut range dans le nervosisme ; pour M. Baillarger, il suffit d'une ou de plusieurs conceptions délirantes relatives à la santé pour constituer l'hypocondrie.

M. *Beau* (1er mars) fait un discours qu'il résume ainsi : La collection de symptômes, appelée *nervosisme* par M. Bouchut, se confond avec l'hystérie, dont elle constitue la forme vaporeuse. — Le nervosisme se confond aussi avec l'hypocondrie des anciens, et en est la reproduction réelle ; mais il diffère manifestement de l'hypocondrie de la plupart des auteurs modernes, c'est-à-dire de la nosomanie. — Il n'y a, par conséquent, rien de nouveau dans l'exposition des symptômes qui constituent le nervosisme soit à l'état chronique, soit même à l'état aigu. — Néanmoins, le travail de M. Bouchut est important, parce qu'il met en lumière d'anciennes vérités sous des dénominations nouvelles ; qu'il les reproduit d'une manière pressante, et avec toute la force que donne seule l'observation des faits.

M. *Gibert*, dans une courte réponse, remercie M. Beau de la « savante leçon » qu'il vient de faire, écarte le discours de M. Piorry, qui lui paraît avoir été réfuté d'une manière complète par celui de M. Bouillaud, et insiste sur les services rendus à la médecine par l'observation *hippocratique*. — Puis M. Gibert insiste sur l'importance que donnent au travail de M. Bouchut les fréquentes erreurs de diagnostic causées par le caractère protéiforme des affections nerveuses.

Considérations générales sur l'état nerveux, à propos du mémoire sur le nervosisme de M. Bouchut, par M. Bourguignon. (Union médicale, t. I, p. 547.)

L'auteur appelle l'attention sur la pathogénie de l'état nerveux. — Il croit avoir rationnellement établi : que les causes de l'état nerveux sont de deux ordres, les unes morales, psychiques, les autres matérielles, organiques ; que l'anatomie pathologique, nulle dans l'état nerveux produit par les réactions passagères des facultés et des passions sur les organes, est au contraire in-

contestable et de la plus grande importance dans les états organiques diathésiques ; que la matière médicale et l'hygiène, en prenant ce dernier mot dans son sens le plus large au point de vue philosophique et social, offriront au médecin de précieuses ressources toutes les fois qu'il saura établir le traitement sur les indications d'une étiologie rationnelle. — La lecture de ce mémoire a été suivie de quelques réflexions de la part de M. Briquet. On les trouvera dans la Gazette hebdomadaire, p. 285.

Surexcitabilité nerveuse, par M. Gillebert d'Hercourt. (Gazette médicale de Lyon, p. 241.)

Ce mémoire n'est pas reproduit par le journal : on ne peut que s'en faire une idée par quelques objections de M. Teissier.

Théorie et traitement des névropallies, par M. Piorry. (Gazette des hôpitaux, p. 82.)

Ce n'est pas la première fois que les idées de M. Piorry sont reproduites ; nous supposons qu'elles sont connues de nos lecteurs.

Essai sur la pathogénie des maladies nerveuses, par M. Castan. (Montpellier, imprimerie Boehm, in-8, 156 pages.)

Des caractères de l'hérédité dans les maladies nerveuses, par M. Morel. (Archives générales de médecine, septembre 1859, p. 257.)

Les caractères de l'hérédité dans les maladies nerveuses se manifestent par des troubles spéciaux dans les fonctions physiques, par des anomalies non moins spéciales dans l'exercice des facultés intellectuelles et affectives. — L'individu atteint d'une affection nerveuse héréditairement acquise révèle en outre l'origine de cet état morbide par de nombreuses défectuosités et infirmités de son organisme.

Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie, par M. Briquet. (Paris, J.-B. Baillière, in-8, VIII-724 pages.)

Ce qu'il y a de nouveau dans cet ouvrage a été publié dans ces dernières années par M. Briquet, sous forme de mémoires.

Recherches sur le développement et les transformations de l'hystérie, par E. Nicolle. (Thèses de Paris, nº 56.)

On trouve dans cette thèse quelques faits intéressants d'affec-

tions articulaires hystériques, affections purement nerveuses et cédant complétement sous l'influence du chloroforme. Cependant l'auteur a observé un cas de coxalgie véritable chez une hystérique.

Anésthésie hystérique, par M. E. Arnal. (Thèses de Paris, n° 243.)

Bonne étude de l'anésthésie hystérique, pour laquelle l'auteur a mis à profit les travaux les plus récents qui ont paru sur ce sujet.

Anésthésie cutanée hystérique, par M. Voisin.
(Gazette hebdomadaire et Gazette des hôpitaux, p. 45, 57.)

Nous avons analysé le travail de M. Voisin dans l'*Annuaire*, t. II, p. 194.

Modifications de la sensibilité générale et spéciale envisagées comme éléments différentiels de l'hystérie et de l'épilepsie ; contre-indication de l'hydrothérapie et de l'électrisation dans le traitement de cette dernière maladie, par M. Michéa. (Gazette des hôpitaux, p. 437.)

Dans les attaques convulsives avec semi-perte de connaissance, les modifications de la sensibilité générale et spéciale sont un bon moyen de différencier l'épilepsie de l'hystérie. Dans cette dernière névrose, durant l'intervalle des crises, tant que dure la maladie, il y a presque toujours, pour ne pas dire constamment, soit à la peau, sauf quelques points assez circonscrits, soit dans les muscles, soit dans les membranes muqueuses, soit dans les os, anésthesie plus ou moins complète, et il y a très-souvent exagération de la sensibilité spéciale, principalement hypéresthésie du tact, de l'ouïe, de l'odorat. Dans l'épilepsie, au contraire, toujours durant l'intervalle des crises, il y a plutôt surexcitation de la sensibilité générale, ou du moins celle-ci est toujours intacte, et on ne constate jamais d'exagération de la sensibilité spéciale. Enfin, comme conclusion thérapeutique, les bains froids, les douches froides, l'électrisation, les frictions, le massage ; en un mot, tous les moyens qui agissent sur la peau, moyens qu'on peut employer sans inconvénient dans le traitement de l'hystérie, offrent, au contraire, du danger dans le traitement de l'épilepsie.

Essai sur les paralysies dites hystériques, par M. Rustégho.
(Thèses de Strasbourg.)

Analyse des travaux faits sur ce sujet et observations nouvelles.

Paralysie hystérique de la main chez un homme, par M. Barwell. (The Lancet, et Union médicale, p. 274, t. I.)

Homme très-nerveux; paralysie des fléchisseurs des doigts; comme elle est survenue brusquement, sans cause appréciable, l'auteur la regarde comme de nature hystérique.

Recherches nouvelles sur les convulsions hystériques, par M. Briquet. (Archives générales de médecine, juin, p. 641.)

M. Briquet montre qu'une attaque d'hystérie simple se compose ordinairement de deux ordres de phénomènes : d'abord de ceux qui se produisent lors des émotions morales vives, lesquels constituent, à proprement parler, le fond d'une attaque d'hystérie; puis des phénomènes convulsifs qui résultent des douleurs que fait naître l'attaque. Au début d'un accès, les femmes éprouvent une sorte de compression, de constriction à la région épigastrique; elles ont aussi un sentiment de strangulation qui leur fait pousser des cris. — L'attaque hystérique complète se compose d'abord des deux ordres de phénomènes qui viennent d'être indiqués, puis des phénomènes accessoires, lesquels résultent du caractère, de la susceptibilité, des habitudes, de l'âge, de la constitution, des passions des hystériques, et enfin de toutes les influences morales qui peuvent agir sur elles hors le temps des attaques. Ces phénomènes accessoires, bien qu'en apparence variés à l'infini, ne sortent cependant pas d'un certain cercle, dans lequel on les voit revenir toujours les mêmes.— Les convulsions sont différentes dans l'épilepsie et l'hystérie : dans l'éclampsie et dans l'épilepsie, elles se composent de mouvements fort limités et qui n'ont pas leurs analogues dans les actes ordinaires de la vie; dans l'hystérie, les mouvements reproduisent ceux qu'on fait ou qu'on peut faire pendant la santé. — M. Briquet arrête les attaques de convulsions par l'inhalation de chloroforme, qu'il administre au moyen d'un plumasseau de charpie. Les hystériques, pendant les convulsions, sont très-impressionnables au chloroforme : quelques minutes suffisent pour amener le sommeil et faire cesser les convulsions.

Tremblement hystérique. (Gazette des hôpitaux, p. 9.)

Une observation, suivie de quelques réflexions sur le diagnostic de ce tremblement et de la chorée. Dans cette dernière affection, la volonté est impuissante à coordonner les mouvements; tandis que chez une hystérique qui tremble, la volonté, impuissante à empêcher, à modérer même l'agitation, commande encore aux mouvements.

Tympanite hystérique. (Gazette des hôpitaux, p. 81.)

Une observation, dans laquelle on voit la tympanite portée à un degré peu commun. Accidents graves simulant un étranglement interne. La femme a eu plusieurs alternatives d'amélioration et d'aggravation. Traitements divers n'ayant eu aucun résultat.

Affection hystérique, par M. F. Dittmar. (Moniteur des sciences, p. 321.)

Cette affection était compliquée de la présence d'un prétendu insecte dans le crâne; guérison par des passes de magnétisme animal.

Etude médico-légale sur l'hystérie et sur le degré de responsabilité des hystériques et des aliénés devant la loi, par M. Legrand du Saulle. (Gazette des hôpitaux, p. 577.)

Les principaux points traités par l'auteur sont les suivants : — L'hystérie n'est point une maladie causée par la continence; dans l'hystérie, les facultés affectives sont troublées à des degrés divers, mais l'intelligence reste toujours intacte ; un état hystérique d'une faible et même d'une moyenne intensité, n'enlevant en aucune façon la conscience des actes commis, ne doit pas être un titre à l'indulgence du tribunal. — L'hystérie, élevée à une haute puissance, entraîne une atténuation de responsabilité, et par conséquent de pénalité. — Dans des cas excessivement rares et qui ont été d'ailleurs prévus et indiqués dans ce travail, l'hystérie doit jouir du bénéfice accordé par l'article 64 du Code pénal.

Essai sur la nature et le traitement de la chorée, par M. Claret. (Thèses de Montpellier, n° 47.)

De la chorée, par M. Quantin. (Dijon, Peutet-Pommey; in-16, 340 pages.)

Des chorées, par M. Trousseau ; leçons recueillies par M. L. Blondeau. (Union médicale, p. 246, 277, 292.)

Leçons cliniques, dans lesquelles on trouve les opinions de M. Trousseau. Elles ont déjà été publiées plusieurs fois.

Traitement de la chorée par l'arsenic, par M. Rice. (Boston Journal, et Union médicale, t. IV, p. 510.)

M. Rice n'avait pas d'abord une confiance bien grande dans

les moyens spécifiques qui ont été jusqu'à présent vantés contre la danse de Saint-Guy ; mais après avoir fait de nombreux essais pour guérir cette affection à l'aide des préparations arsenicales, il croit avoir trouvé en elles un agent tout au moins aussi efficace contre les chorées que le sulfate de quinine contre les fièvres intermittentes. Il se sert généralement de la solution de Fowler, surveille de la façon la plus attentive les malades pendant le temps où il emploie ce moyen héroïque, et ordonne tous les adjuvants qui sont rendus nécessaires par les complications. Il prétend guérir généralement la maladie en suivant cette marche de deux à six semaines.

Chorée grave guérie par l'acide arsenieux, par M. Aran. (Société médicale des hôpitaux, 9 mars, et Union médicale, p. 240.)

Une jeune fille de seize ans, ayant une assez bonne constitution, entre dans le service de M. Aran, pour une chorée dont elle est atteinte depuis très-peu de jours. Les mouvements sont très-marqués dans les membres et à la face ; le corps est couvert de contusions, à cause des chocs que se donne la malade contre les objets qui l'entourent ; les symptômes sont multiples et graves. — Le premier jour, M. Aran prescrit une cuillerée de la solution arsenicale, contenant 5 centigrammes d'acide arsenieux pour 500 grammes d'eau distillée, ou 2 milligrammes et demi par cuillerée.— Les jours suivants, la malade prend jusqu'à cinq cuillerées par jour de la solution arsenicale; les phénomènes qui semblaient d'abord s'aggraver ont cédé rapidement ; le quatrième jour, il y avait une amélioration sensible, et le neuvième jour le rétablissement était parfait. Il n'y a pas eu de récidive immédiate. — La guérison a été rapide. — L'acide arsenieux paraît avoir un autre avantage ; c'est que, convenablement administré, il ne produit aucun accident et ne fatigue pas les malades, dont la santé générale s'améliore.

A la suite de cette observation, plusieurs membres de la Société ont rapporté des exemples de l'efficacité de l'acide arsenieux dans la chorée, l'épilepsie et l'hystérie. Voir l'*Annuaire*, t. III, p. 246, pour une observation de M. Moutard-Martin.

Du traitement de la chorée par l'acide arsenieux, par M. Aran. (Bulletin de Thérapeutique, t. LVI, p. 257.)

M. Aran, revenant sur la précédente communication, fait connaître le *modus faciendi* suivant :

Acide arsenieux.	5 centigrammes.
Eau distillée	500 grammes.

100 grammes de cette solution contiennent par conséquent

1 centigramme d'acide, et une cuillerée de 25 grammes en contient à peu près 2 milligrammes et demi. En augmentant d'une cuillerée par jour, on arrive en cinq jours à 1 centigramme et demi, dose suffisante chez les enfants. Si la guérison n'a pas lieu dans un temps très-court, s'il ne survient pas au moins des modifications favorables, c'est que l'arsenic ne convient pas, et il faut se hâter d'y renoncer pour lui substituer une tout autre médication. — En résumé, l'avantage que M. Aran attribue à la médication arsenicale dans le traitement de la chorée, c'est d'être mieux appropriée que toutes les autres à certaines formes anormales, et particulièrement aux cas les plus rebelles et les plus opiniâtres, et surtout de les guérir, en général, en un temps très-court. — Les inconvénients seraient aisés à prévenir, ou plutôt ils n'existeraient même pas, en sachant combiner une certaine hardiesse dans l'administration avec une grande surveillance des effets produits.

Chorée guérie par l'acide arsenieux, par M. Begbee.
(Bulletin de Thérapeutique, t. LVI, p. 538.)

Une nouvelle observation de guérison dans un cas grave ; d'autres médications avaient échoué.

Chorée aiguë traitée avec succès par l'arsenic, par M. Ronzier-Joly.
(Bulletin général de Therapeutique, t. LVII, p. 317.)

Nouvel exemple de guérison. Chez le petit malade dont il est question, il y avait en même temps un rhumatisme et un favus : l'arsenic, sans action sur le rhumatisme, a modifié d'une manière heureuse la teigne.

Chorée, — Traitement par l'arsenic et le fer, par M. Willshire.
(The Lancet, juillet, et Bulletin de Thérapeutique, t. LVII, p. 230.)

Deux observations de chorées, guéries l'une par le fer (médication tonique) et l'autre par la liqueur de Fowler. L'auteur pense que la plupart des chorées guérissent sous l'influence de l'arsenic.

Recherches thérapeutiques sur la chorée, par M. Briquet.
(Académie de médecine, 2 novembre, 6 décembre.)

M. Briquet a essayé d'appliquer à la chorée le traitement par la faradisation. Il n'a pas tardé à reconnaître que l'influence de la faradisation sur la chorée est très-différente, suivant qu'on agit sur les muscles ou sur la peau. — La faradisation des muscles suspend leurs contractions désordonnées pendant tout le temps que dure le passage du courant ; mais aussitôt qu'on interrompt ce courant, la chorée reparaît avec la même intensité qu'auparavant, et il ne subsiste aucune trace du passage de l'é-

lectricité. La faradisation des muscles ne peut donc guérir la chorée ; mais elle trouve un emploi très-utile contre l'asphyxie, l'un des accidents les plus graves de cette maladie. Il suffit, pour obtenir ce résultat, de faire passer le courant alternativement à travers les muscles aspirateurs et les muscles expirateurs. — La faradisation de la peau, au contraire, peut s'appliquer à tous les cas de chorée, amener une diminution très-prompte et très-notable dans l'intensité des mouvements choréiques, et souvent une guérison assez rapide de la maladie. — M. Briquet pratique la faradisation de la peau, tous les jours ou tous les deux jours, en la faisant durer de cinq à six minutes, sur toute la longueur des membres convulsés, en s'arrêtant principalement sur les membres les plus agités. — Sur huit jeunes filles choréiques qui ont été soumises à ce traitement, la cessation complète des mouvements convulsifs s'est faite, chez l'une au bout de huit jours, chez une seconde au bout de vingt et un jours, et chez les autres au bout de vingt-quatre, vingt-huit, trente-trois, trente-six et quarante-sept jours. Une jeune malade a quitté la Charité vers le quinzième jour sans être complétement guérie. La plupart de ces malades avaient été soumises, sans résultat aucun, pendant six semaines, à trois et quatre mois, au traitement ordinaire.—On peut donc assurer que la faradisation de la peau hâte d'une manière évidente la terminaison de la chorée.

Rapport de M. Blache (6 décembre). — M. Blache apprécie en ces termes les faits contenus dans ce mémoire : — « Peut-être les cas observés par M. Briquet étaient-ils légers et pouvaient-ils ne point devenir graves ; peut-être aussi est-il tombé sur une série favorable, comme cela se voit de temps en temps ; mais toujours est-il que ces faits portent avec eux un grand intérêt, et qu'il est fort désirable que ces recherches soient continuées. — Une objection que ne s'est point dissimulée M. Briquet, et qui n'est point sans une certaine valeur, c'est l'excessive douleur produite par la faradisation, douleur telle qu'il s'est vu plusieurs fois obligé d'avoir recours au chlroforme pour en faire cesser les angoisses, ou pour vaincre la résistance qu'opposaient les malades à l'emploi de ce moyen. — Aussi croyons-nous que, sauf dans les cas de chorée très-grave, ou rebelles aux traitements le plus habituellement efficaces, la faradisation aura peu de chances d'être acceptée, surtout en ville. »

Plusieurs des observations de M. Briquet ont été publiées *in extenso* dans le Bulletin de Thérapeutique, t. LVII, p. 395.

Métallo-thérapie dans la contracture douloureuse et dans la chorée, par M. Bouchut. (Journal de médecine et de chirurgie pratiques, mai.)

Les résultats obtenus par l'auteur sont variables : il a réussi

très-rapidement dans quelques cas ; dans d'autres, il n'a obtenu que des demi-succès : d'autres fois, il a complétement échoué.

Application de la métallo-thérapie au traitement de la danse de Saint-Guy, par M. Burq. (Gazette des hôpitaux, p. 359.)

L'auteur expose les applications que l'on peut faire de la métallo-thérapie au traitement de la chorée.

Chorée générale grave. — Cautérisation potentielle ponctuée. — Guérison, par M. L. Hamon. (Union médicale, p. 474.)

Un jeune garçon de dix ans, d'une constitution chétive, après avoir été affecté, il y a un an, d'une première attaque de chorée, combattue avec succès par les bains sulfureux, fut repris des mêmes accidents en décembre dernier. Les accidents étaient aussi violents que possible. L'émétique, les bains, etc., ayant échoué, M. Hamon résolut de tenter la cautérisation épidermique ponctuée, mais à l'aide des caustiques liquides, au lieu du fer rouge, auquel on a recours d'habitude pour ce genre de médication. Voici de quelle manière M. Hamon procède à cette opération : — A l'aide d'un tube dit *cautérisateur*, chargé de caustique (acide nitrique maintenu par de l'amiante) qu'on applique sur la partie durant une demi-seconde, si l'on veut n'intéresser que l'épiderme, une, deux ou trois secondes, si l'on désire agir plus profondément, on peut pratiquer en très-peu de temps un très-grand nombre de cautérisations ponctuées. Ces ponctuations sont faites à une distance de 1 centimètre à 1 centimètre et demi les unes des autres. Elles sont marquées aussitôt par une petite tache jaune, parfaitement circonscrite. Cette opération est peu douloureuse et très-rapide. A peine la cautérisation est-elle pratiquée, que toute la région devient le siége d'une enflure marquée, qui ne tarde pas à se dissiper. Les petites escarres se détachent du huitième au douzième jour. — Le 19 janvier, M. Hamon eut recours, chez cet enfant, à ce mode de cautérisation. Il pratiqua une soixantaine de ponctuations nitriques sur la région dorso-lombaire, avec un tube de 3 millimètres de diamètre. Dès le soir même, le jeune malade commença à parler assez distinctement ; la nuit fut beaucoup moins agitée ; la station verticale était devenue possible le lendemain ; les mouvements des bras étaient également moins convulsifs. — Guérison en quelques jours.

Thérapeutique de la chorée. — Son traitement par la strychnine, par M. Chevandier. (Gazette médicale de Lyon, p. 47.)

L'auteur a toujours guéri les choréiques en donnant des doses

très-faibles de strychnine (1/20 de grain par jour). Si cette médication n'a pas produit de bons résultats entre les mains d'autres praticiens, c'est que la strychnine était administrée à des doses trop fortes.

Chorée gesticulatoire et tétanos guéris par l'emploi du seigle ergoté, par M. Maderna. (Gazetta medica lombarda; Bulletin général de Thérapeutique, t. LVII, p. 236.)

L'auteur attribue au seigle ergoté une action analogue à celle de la strychnine. — Observations de guérison d'une chorée et d'un tétanos.

De l'état mental dans la chorée, par M. Marcé. (Académie de médecine, 12 avril.)

Les principaux faits contenus dans ce mémoire se résument dans les conclusions suivantes : — *A*. Les troubles des facultés morales et intellectuelles sont très-communs chez les choréiques ; sur un nombre donné de malades, les deux tiers au moins en présentent des traces plus ou moins profondes ; quant à l'immunité dont jouit l'autre tiers, elle ne peut s'expliquer ni par l'âge ou le sexe des sujets, ni par l'acuité ou la chronicité de la maladie, ni par l'étendue ou l'intensité des mouvements convulsifs. — *B*. Quatre éléments morbides, quelquefois isolés, le plus souvent associés, doivent être étudiés dans l'état mental des choréiques : — 1° Des troubles de la sensibilité morale, consistant en un changement notable du caractère, lequel devient bizarre et irritable, et offre une tendance inaccoutumée à la gaieté et surtout à la tristesse. — 2° Des troubles de l'intelligence caractérisés par la diminution de la mémoire, par une grande mobilité dans les idées et l'impossibilité de fixer l'attention. — 3° Des hallucinations, phénomène qui jusqu'ici n'avait jamais été signalé dans la chorée ; ces hallucinations surviennent le soir, dans l'état intermédiaire à la veille et au sommeil, plus rarement le matin et au réveil, quelquefois pendant le rêve ; souvent limitées au sens de la vue, elles s'étendent dans des cas plus rares à la sensibilité générale et même au sens de l'ouïe ; on peut les rencontrer dans la chorée pure, dégagée de toute complication ; mais leur existence est infiniment plus fréquente toutes les fois que la chorée est associée à des symptômes hystériques. Si dans la grande majorité des cas ces hallucinations constituent un symptôme sans gravité, elles peuvent dans certains cas exceptionnels amener de l'excitation et du délire. — 4° Enfin la chorée peut, dès son début ou pendant son cours, se compliquer de délire maniaque. Il en résulte un état fort grave qui, dans plus

de la moitié des cas, amène la mort, au milieu de formidables accidents ataxiques, et, même dans les cas heureux, laisse souvent après lui divers troubles intellectuels de durée variable; les inhalations de chloroforme, les bains prolongés, et, d'une manière générale, les antispasmodiques, sont les moyens thérapeutiques qui, jusqu'ici, ont rendu les plus grands services dans le traitement de ce délire, que tout porte à faire considérer, au moins dans la grande majorité des cas, comme un délire purement nerveux.

Rapport de M. Blache (5 juillet). — Ce travail est fondé sur cinquante-sept observations. Parmi ces cinquante-sept malades, l'auteur en compte vingt et un qui n'ont jamais offert la moindre perturbation dans leur état moral et intellectuel. Cette proportion, dont il s'étonne, serait beaucoup plus grande encore, dit M. Blache, si l'auteur avait pris ses observations à l'hôpital des Enfants, au lieu de les recueillir à Bicêtre et à la Salpêtrière. — Parmi les troubles de l'état mental chez les choréiques, M. Marcé mentionne d'abord : 1° des troubles de la sensibilité morale, consistant en un changement notable du caractère, lequel devient bizarre et irascible, et offre une tendance irrésistible à la gaieté et surtout à la tristesse; 2° des troubles de l'intelligence, caractérisés par la diminution de la mémoire, de la mobilité dans les idées, et l'impossibilité de fixer l'attention. M. Blache souscrit pleinement à ces deux premières conclusions. Presque tous les auteurs sont arrivés à formuler à peu près dans les mêmes termes leurs observations sur ce sujet. M. Marcé a le mérite d'avoir insisté sur ces faits, plus qu'on ne l'avait fait jusqu'ici, de les avoir décrits avec une grande lucidité après les avoir classés méthodiquement, de manière qu'on puisse rapporter à chaque faculté de l'intelligence les lésions qui lui sont propres. — M. Blache pense, du reste, que ces désordres intellectuels et moraux se rattachent moins à la chorée elle-même qu'à l'hystérie qui la complique ou à l'idiosyncrasie du sujet, qui domine la maladie et en altère la physionomie ; toutefois les chorées qui persistent pendant longtemps, et qui surviennent à un âge où l'intelligence est dans toute l'activité de son développement, peuvent lui être très-nuisibles, non pas en la frappant directement de paralysie ou de perversion, mais en imprimant une déviation anormale aux instruments qui sont indispensables au libre épanouissement de ses facultés. C'est pourquoi les chorées qui affectent les muscles de la langue, des cordes vocales ou des globes oculaires, sont plus graves que les chorées limitées au système locomoteur. — Dans la seconde partie de son travail, M. Marcé décrit un état mental non observé jusqu'ici, et qu'il résume ainsi : — Après les troubles de la sensibilité et de l'intelligence mentionnés précédemment, on observe : 1° des hallu-

cinations ; 2° le délire maniaque, qui peut se montrer dès le début de la chorée. Il en résulte alors un état fort grave, qui, dans plus de la moitié des cas, amène la mort au milieu de formidables accidents ataxiques, et, même dans les cas heureux, laisse souvent après lui divers troubles intellectuels de durée variable. — M. Blache est d'avis que M. Marcé a trop accordé à la chorée et pas assez aux autres circonstances concomitantes, et en particulier à l'influence des troubles de la menstruation, dans la production des hallucinations. Les hallucinations observées par M. Marcé sont loin d'être identiques à celles des aliénés; elles n'ont lieu que dans l'état intermédiaire à la veille et au sommeil, et n'ont rien de grave et d'inquiétant. — Quant à la complication de la manie, il résulte de l'analyse des observations contenues dans la dernière partie du travail de M. Marcé qu'une seule fois sur quatre, le délire n'a pu être en effet attribué à aucune autre cause qu'à la chorée, mais que dans les trois autres il a pu dépendre d'autres causes coïncidentes. Aussi M. Blache conclut-il en disant que le délire maniaque se manifeste très-rarement dans les chorées simples, exemptes de toute complication ; que quelquefois il est le phénomène essentiel de la maladie, la chorée ne survenant que plus tard comme phénomène secondaire ; que d'autres fois il se développe sous l'influence d'un rhumatisme articulaire aigu, d'une méningite ou d'une congestion cérébrale ; mais, quelle que soit sa cause immédiate, il entraîne presque toujours la mort des malades.

M. *Trousseau* regrette qu'à la place de l'expression générique de *chorée*, M. Blache et M. Marcé n'aient pas employé le terme plus précis de *danse de Saint-Guy* ; s'il avait donné la préférence à cette dernière expression, M. Marcé n'aurait pas compris dans son cadre certaines affections qui n'y entrent pas, telle que l'hystérie choréiforme. Contrairement à l'opinion de MM. Blache et Marcé, M. Trousseau pense que les désordres intellectuels se rencontrent dans le plus grand nombre des cas de chorée. Quant aux hallucinations, elles tiennent en partie à la privation de sommeil, qui est si commune chez les choréiques, et qui les met dans la situation d'un homme qui lutte contre le sommeil après de longues veilles. M. Trousseau pense enfin que M. Marcé a parfois confondu certains délires fébriles ou un rhumatisme cérébral avec le délire maniaque des choréiques.

M. *Blache* répond que d'après son expérience personnelle, les troubles intellectuels sont beaucoup plus rares chez les enfants choréiques que M. Trousseau ne semble le croire.

M. *Piorry* (26 juillet), après s'être attaché à prouver que la danse de Saint-Guy n'est pas une affection spécifique, une entité morbide, insiste sur la nécessité de chercher un remède à cette affection autre part que dans des moyens empiriques et spécifi-

ques, et de voir s'il ne s'agit pas d'un point de départ organique. Dans six ou huit cas, il lui est arrivé de faire dissiper brusquement des chorées avec redoublement, le soir, par du sulfate de quinine, et cela lui est surtout arrivé quand il avait constaté une augmentation marquée dans le volume de la rate. Les chorées, à son sens, ne sont en effet que les symptômes des états pathologiques les plus divers. — Pour ce qui est de l'état mental dans la chorée, M. Piorry avait déjà fait remarquer en 1840, dans son *Traité de médecine pratique,* que la plupart des choréiques présentent de la démence et de l'imbécillité. Du reste, toutes les analogies portant à croire que la chorée, l'hystérie et l'épilepsie, sont des affections de même nature, il n'y a rien d'étonnant que l'on rencontre l'anomopsychisme dans toutes ces maladies. Il s'agit, dans cette affection, d'un état particulier des nerfs, consistant dans une vibration, nommée par M. Piorry *névropallie.* Le point de départ de la névropallie pour les chorées est dans cette partie de l'encéphale où Rolando et M. Bouillaud ont placé le siége de la coordination des mouvements. — Quelques explications sont échangées entre M. Piorry et M. Gibert au sujet des névropallies.

M. *Bouvier* (30 août) n'a pas l'intention de revenir sur la question des troubles de l'intelligence dans la chorée ; il partage, à cet égard, toutes les opinions de M. Blache. D'autres questions ont surgi dans ce débat : M. Trousseau reproche à M. Blache d'avoir désigné l'affection dont il s'agissait sous le nom générique de *chorée*, au lieu de s'être servi de l'expression spécifique de *danse de Saint-Guy*. Cette dernière expression, suivant M. Trousseau, ne s'appliquerait qu'à une espèce d'un genre d'affection qui en comprendrait beaucoup d'autres, et c'est pour ce genre, pour ce groupe d'espèces morbides que l'on devrait réserver le nom de *chorée.* — M. Bouvier ne pense pas que cette doctrine doive être adoptée ; il expose avec détail l'historique de la chorée et des expressions sous lesquelles on a désigné cette affection. Voici en quels termes il résume son discours : — « 1° M. Blache n'a pas eu tort d'appeler *chorée*, et non *danse de Saint-Guy*, l'affection qui faisait le sujet du mémoire de M. Marcé. — 2° Cette appellation n'a pas empêché et ne pouvait pas empêcher M. Blache de faire les distinctions nécessaires pour apprécier convenablement les observations de M. Marcé. — 3° Toutes les danses morbides ne sont pas des chorées ; on ne connaît généralement aujourd'hui que deux espèces de chorées : la gesticulatoire, qui est la chorée proprement dite ou chorée vulgaire, et la rhythmique, qui en diffère en ce que les mouvements, également irrésistibles, ne sont pas *désordonnés.* — 4° Il n'y a point d'avantage pour la langue médicale à faire de la chorée un genre dont la danse de Saint-Guy serait une espèce ;

il est même préférable de continuer à regarder ces deux expressions comme synonymes, en se servant préférablement de la première. — 5° Deux maladies différentes ont été appelées successivement *danse de Saint-Guy*. La première est la *chorea sancti Viti*, antérieure à Sydenham : c'est une choréomanie; notre chorée vulgaire, connue dès cette époque, n'avait pas reçu de nom particulier. La seconde est la danse de Saint-Guy de Sydenham, qui répond à notre chorée vulgaire. — 6° Faute d'avoir fait cette distinction, les auteurs ont souvent rapporté à tort à l'une des deux maladies ce qui n'appartenait qu'à l'autre. — 7° L'application exclusive du nom de *danse de Saint-Guy* à la chorée vulgaire tendrait à perpétuer cette confusion. »

M. *Trousseau* (13 septembre) persiste à demander qu'on adopte une forme spéciale pour désigner la chorée vulgaire (danse de Saint-Guy de M. Trousseau), au lieu de lui conserver le terme générique de chorée. Il développe, pour appuyer sa manière de voir, les propositions suivantes : Depuis environ trois siècles, on désigne sous le nom de *danse de Saint-Guy* des névroses très-diverses; depuis bientôt un siècle, trente ans avant Bouteille, on désigne également sous le nom de *chorée* des névroses très-variées ; cette confusion existe encore aujourd'hui. Enfin Sydenham a exclusivement réservé le nom de *danse de Saint-Guy* à ce que l'on entend maintenant par ce mot.

M. *Piorry* proteste contre les opinions émises par M. Trousseau, qui, après avoir décrit une danse de Saint-Guy de sa façon, voudrait subdiviser la chorée en plusieurs maladies. — Pour ces affections, comme pour toutes les autres, M. Piorry croit qu'il ne faut pas se départir des principes fondamentaux : étudier les symptômes de la maladie, les lésions, les troubles fonctionnels ; chercher, en un mot, les différences qui existent entre l'état du malade et l'état physiologique. Cette première étude conduit naturellement à une seconde, celle des moyens de ramener le malade à cet état physiologique. En dehors de cette marche, tout n'est que désordre, confusion, erreur.

Pour M. *Bouvier* (20 septembre), le mot *chorée* est très-suffisant et très-clair ; il suffit d'ajouter un adjectif pour désigner la forme de la chorée. Cela est plus simple et toujours plus clair que toutes les dénominations qu'on pourrait imaginer. — Dans la dernière séance, M. Trousseau a parlé de nombreux malades qui allaient se faire guérir dans les chapelles de saint Guy ; c'étaient, dit M. Trousseau, des malades de toutes sortes, et se portant en foule vers les lieux consacrés à des affections plus ou moins analogues à la danse de Saint-Guy. — M. Bouvier démontre, à l'aide des renseignements historiques les plus anciens sur ce sujet, que tous les malades qui se rendaient aux nombreuses chapelles de saint Guy étaient affectés de choréomanie, dansant

continuellement dans les rues et sur les places publiques, sur les chemins, pendant un temps plus ou moins long. Des légendes nous fournissent des indications pour les choréomanies du onzième au seizième siècle ; c'est alors seulement que les médecins s'occupent de cette question. M. Bouvier cite les opinions et les textes de Brunsfels, Paracelse, Schenck (1585), Philippe Camerarius, Félix Plater (1602), Horstius, Berndt, Jean-Rodolphe Camerarius, Willis, Wedel (1682); tous ces auteurs ont parlé de cette choréomanie, que beaucoup d'entre eux comparent au tarentisme. Quant à la chorée, la chorée vulgaire de nos jours, on en trouve le premier cas dans Horstius ; Willis cite aussi deux cas de chorée vulgaire ; Wedel, d'Iena, fit soutenir en 1682 une thèse sur la *chorée ;* mais il s'agit de la choréomanie, qui est encore comparée au tarentisme. Déjà, en 1675, Gaubius, écrivant sur la choréomanie, s'attachait à distinguer cette maladie de notre chorée vulgaire. Il y a près de deux cents ans, on connaissait déjà cette différence, on cherchait à éviter toute confusion. — Enfin Sydenham, ayant observé cinq cas de notre chorée vulgaire, en donne une description mieux faite que les précédentes, parce qu'elle s'appuie sur l'analyse d'un grand nombre de cas. Mais Sydenham a donné à cette maladie, alors sans nom, celui de *danse de Saint-Guy*, et c'est lui qui, loin de débrouiller le chaos, comme dit M. Trousseau, a au contraire établi la confusion qui s'est continuée jusqu'à nos jours.

Chorée coïncidant avec l'hystérie et suivie d'aliénation mentale.
(The Lancet, 12 mars.)

Chez une jeune fille, à la suite d'une frayeur, il y eut deux attaques d'hystérie ; cinq semaines après, des mouvements choréiques se montrèrent dans la tête et dans le cou, et s'étendirent bientôt à tout le corps. Guérison, récidive et nouvelle guérison ; mais on s'aperçut alors que la jeune malade avait dans la figure une expression hébétée, qu'elle ne répondait pas aux questions qu'on lui adressait, ou qu'elle y répondait de travers. Un troisième accès de chorée fut rapidement accompagné de la guérison de la chorée et des troubles de l'intelligence.

De la coqueluche et particulièrement du siége et de la nature de cette affection, par M. E. Wanebroucq. (Thèses de Paris, nº 132.)

L'auteur décrit complétement cette maladie ; mais les chapitres consacrés à l'anatomie et à la nature de la coqueluche renferment les points essentiels de sa thèse. Il montre que parmi les nom-

breuses observations de coqueluche rapportées par les auteurs, il n'y en a que trois appartenant à M. Blache dans lesquelles les lésions inflammatoires de la muqueuse des voies respiratoires aient fait défaut. M. Wanebroucq rapporte ensuite deux autopsies dans lesquelles il a trouvé par hasard une injection très-vive bornée aux ventricules du larynx et que rien n'aurait pu faire soupçonner. Appuyé sur ces faits, l'auteur discute les différentes opinions qui ont été émises sur la nature de la coqueluche, et arrive à la conclusion suivante : — La coqueluche est une inflammation de la muqueuse aérifère, occupant principalement le larynx dans sa partie susglottique, et n'étant susceptible de déterminer les phénomènes de la coqueluche, qu'autant qu'elle envahit les ventricules du larynx. C'est ainsi que suivant le siége et l'étendue de la lésion, on peut avoir des coqueluches caractérisées par des quintes sans sifflement et des coqueluches sans quintes, de la même manière qu'il y a des fièvres éruptives sans éruption. Quant aux quintes, elles se produisent toutes les fois que par une cause quelconque une partie des mucosités accumulées dans les ventricules du larynx viennent à en sortir et à tomber sur la glotte.

Coqueluche avec ulcération de la langue ayant mis à nu le nerf hypoglosse, par M. Bouchut. (Académie de médecine, 31 mai.)

L'enfant a succombé à une tuberculose pulmonaire et entéro-mésentérique développée dans le cours de la coqueluche. L'autopsie a permis de voir à la face inférieure de la langue une ulcération déjà constatée pendant la vie. Sur la face inférieure de cet organe, au niveau du frein, un peu à droite, existe une ulcération transversale, à bords aplatis, large de 6 sur 8 millimètres. Le fond est formé par le muscle lingual, sur lequel s'aperçoivent des branches terminales de l'hypoglosse. — Ces ulcérations, assez fréquentes dans le cours de la coqueluche, existent dans la moitié des cas environ. Il n'est pas de coqueluche un peu intense dans laquelle elles ne se produisent. Elles résultent du frottement de la langue sur l'arcade dentaire au moment des quintes de toux convulsive. Elles sont généralement peu profondes, et c'est la première fois qu'on en voit une assez profonde pour mettre à découvert les nerfs de la langue.

Coqueluche. — Usines à gaz. (Abeille médicale, 14 mars.)

Bons effets dans la coqueluche, la bronchite chronique, l'asthme, obtenus au moyen d'un mélange d'hydrogène sulfuré, de sel volatil d'ammoniaque, et probablement de sulfo-cyanogène. Cette vapeur se dégage au moment où l'on change la chaux humide à travers laquelle on fait passer le gaz pour le purifier.

Emploi de la morphine à petites doses dans le traitement de la coqueluche, par M. C.-M. Müller. (Journ. für Kinderkrankheiten.)

Le docteur C.-M. Müller est arrivé à adopter ce médicament après la lecture d'un article d'Edouard Smith, publié, en 1854, dans les *Medico-chirurgical Transactions* d'Edimbourg, dans lequel M. Smith fait ressortir la propriété de la morphine sur les autres narcotiques, pourvu qu'elle soit administrée à très-petites doses et d'une manière progressive. — On commence par 1/60 de grain, et l'on augmente jusqu'à 1/40 ou 1/36 de grain par dose, jusqu'à ce qu'on ait produit un commencement de léger narcotisme. Au bout de quelques jours, la toux perd son caractère spasmodique. Il va sans dire qu'il ne faut pas négliger les autres indications, mais qu'il convient d'avoir recours, suivant les besoins, aux toniques ou aux purgatifs, ainsi qu'à la respiration d'un air pur.

Oxyde de zinc contre la coqueluche, par M. Hochstetter. (Medicinisch chirurg. Monats.)

L'oxyde de zinc est employé par le docteur Hochstetter contre la coqueluche, mais à des doses plus élevées qu'on ne le prescrit généralement. Chez les enfants de deux à quatre mois, il donne de 5 à 10 centigrammes par jour ; chez les sujets plus âgés, il varie de 15 à 50 centigrammes. Ce moyen, d'après M. Hochstetter, guérit la coqueluche en dix, vingt ou trente jours, selon l'intensité de la toux ou de l'âge du sujet.

Coqueluche. — Acide nitrique, par M. Ascherley. (Med. Times ; Gazette médicale de Lyon, p. 450.)

M. Ascherley donne à des enfants de six mois l'acide nitrique dilué avec de la teinture de cannelle, du sirop et de l'eau, à doses croissantes, de 5 à 15 gouttes toutes les trois heures. Il affirme avoir observé, comme résultat de ce traitement, une diminution de violence des quintes dès le deuxième jour, et la guérison au bout de trois semaines. L'administration du remède doit être continuée pendant dix jours après la guérison. En même temps qu'il administrait l'acide nitrique, M. Ascherley a constamment fait faire sur la poitrine et le dos des frictions avec un liniment composé de 30 grammes de liniment volatil camphré et de 8 grammes d'essence de térébenthine. M. Ascherley croit sa méthode préférable à toutes celles employées jusqu'ici.

Traitement de la coqueluche, par M. Whitehead. (Archives générales de médecine, juillet, p. 100.)

Bons résultats obtenus de la manière suivante : — Le traite-

ment employé consistait, pour les cas simples et pour ceux où l'on avait d'abord combattu des complications existantes, dans l'administration de la poudre de Dower seule, ou combinée avec l'usage du camphre à l'intérieur, ou en fumigations, de vomitifs, de la belladone, de révulsifs; dans tous les cas, l'opium ou la belladone servait de base au traitement.

De l'asthme, par M. Théry. (Paris, G. Baillière, in-8, xi-436 pages.)

M. Théry divise son livre en deux parties. Dans la premiére, il a réuni deux cent trente-neuf observations inédites ou choisies çà et là dans divers ouvrages. Une première section comprend les faits qui résument l'histoire complète de la maladie; dans les autres sections, se trouvent ceux qui offrent un de ces détails que font les idiosyncrasies, les localités, et divers autres circonstances. Des tableaux synoptiques, qui permettent de remonter facilement aux observations, résument les principales données que renferment ces faits, relativement au sexe, à l'âge, aux professions, à l'étiologie, aux terminaisons, et aux résultats des autopsies cadavériques. — La seconde partie contient l'histoire de l'asthme, écrite avec beaucoup de clarté, de méthode et d'exactitude, et basée sur l'analyse précise des faits consignés dans la première. Nous ne saurions mieux faire, pour donner une idée exacte des opinions développées par l'auteur dans cette partie, que de reproduire ici les conclusions dans lesquelles il les résume lui-même. Voici ces conclusions : — L'asthme est une affection spasmodique des bronches, dont la cause première est une névrose, c'est-à-dire une surexcitation de cette partie du systéme nerveux chargée de présider au grand acte de la respiration. — Ces spasmes sont utiles, dans certaines circonstances, pour diminuer l'action des substances irritantes ou délétères qui s'introduisent avec tant de facilité dans les voies aériennes, pour en chasser des corps étrangers, etc., etc.; il y a alors un véritable paroxysme, réaction nécessaire et bienfaisante de l'économie. — Sous l'influence d'une foule de causes, par la surexcitation des nerfs pulmonaires, par une action réflexe de n'importe quel nerf de l'économie, par l'action directe des centres nerveux, les spasmes, aidés par une idiosyncrasie toute spéciale, peuvent se produire sans nécessité apparente, par *erreur*, suivant le vieux terme des écoles. — Cette erreur survenue, des spasmes peuvent se propager dans tous les muscles qui servent à la respiration, où qu'ils soient placés. — Cette affection convulsive détermine une bronchorrhée, une bronchite, une dilatation des vésicules pulmonaires, une stagnation du sang dans le cœur et les

gros vaisseaux ; chez l'enfant, elle éprouve des modifications importantes, dues aux dispositions anatomiques propres à cet âge. — L'asthme reste donc rarement à l'état nerveux pur et simple ; il tend à se compliquer de catarrhe, d'emphysème, de maladies du cœur et de ses dépendances. — Il faut, dans le traitement, se préoccuper de ces conséquences ; mais avant tout il faut diriger son attention sur le système nerveux. — Parmi tous les moyens qui tendent à calmer la surexcitation nerveuse, les inhalations tiennent le premier rang, mais ne doivent pas faire abandonner les autres agents thérapeutiques ; outre les modifications qu'elles apportent à la colonne d'air inspirée, elles produisent une révulsion plus ou moins forte sur les muqueuses de la bouche, de la gorge, des voies aériennes.

Asthme, par M. Talberg. (Thèses de Paris, nº 258.)

S'appuyant sur la tradition, l'observation et surtout sur l'auscultation et la percussion, l'auteur a cherché à démontrer les trois propositions suivantes, qui sont la reproduction des principales idées de M. Beau, son maître : — 1° L'asthme n'est pas un spasme ; 2° l'asthme est un catarrhe intermittent, ou rémittent à râles vibrants ; 3° le traitement du catarrhe, à savoir l'emploi des expectorants, des toniques et des révulsifs, est aussi le meilleur traitement qui convienne à l'asthme.

Narcotisation localisée, pratiquée à l'aide d'injections de sulfate d'atropine sur le nerf pneumogastrique, comme moyen de guérir les attaques d'asthme, par M. Courty. (Académie des sciences, 7 novembre.)

Une observation : la malade a été guérie ; l'asthme durait depuis longtemps et avait résisté à une foule de médicaments.

Influence des lieux sur l'asthme nerveux, par M. Hyde Salter. (Edinburgh med. Journ., et Gazette médicale de Paris, p. 327.)

Les propositions suivantes résument l'expérience de l'auteur : — La résidence dans une localité peut guérir, d'une manière radicale et permanente, un asthme qui a résisté à tous les moyens dans une autre localité. — Les localités les plus efficaces au plus grand nombre des cas sont les grandes et populeuses villes, à l'atmosphère enfumée. — C'est probablement l'air de ces villes qui produit cet effet. — En général, moins l'air est bon pour la santé générale, meilleur il est pour l'asthme ; sous ce rapport, les lieux les plus malsains d'une ville sont ceux qu'il faut préférer. — Il n'en est pas toujours ainsi ; on observe quelquefois tout le contraire : l'air des villes peut n'être pas supporté, et

l'air pur peut effectuer la guérison. — Rien ne peut rendre raison de ces caprices apparents de l'asthme. Il est impossible de prédire les effets d'un air donné ; mais l'asthmatique sera guéri probablement dans un air tout à fait différent de celui où il souffre le plus. — Le fait seul de la résidence dans telle localité peut produire l'asthme chez une personne qui n'en avait jamais paru suspecte, et qui n'aurait jamais été asthmatique, si elle n'était venue s'établir dans cette localité. — Il n'y a *peut-être* pas de cas d'asthme qui ne puisse guérir si on lui trouvait l'air qui lui convient. — La disposition à l'asthme n'est pourtant pas détruite, mais seulement suspendue, dans ce cas, car l'asthme reparaît lorsqu'on le ramène dans l'air qui lui était d'abord nuisible. — Le changement d'air, en tant que changement, est préjudiciable. — Les caprices de l'asthme dérangent souvent la constance des résultats dans un cas donné.

Règles diététiques à l'usage des asthmatiques, par M. Hyde Salter. (The Lancet.)

Les préceptes posés par l'auteur se réduisent aux règles suivantes : — L'influence de la digestion, pour produire l'asthme, est grandement augmentée par l'état de sommeil ; par conséquent, les asthmatiques, avant de se mettre au lit, doivent n'avoir rien mangé depuis un temps suffisant pour que la digestion stomacale et même l'absorption aient pu s'effectuer. — Ce temps étant assez long, il est à propos que les asthmatiques rompent le jeûne de bon matin, afin de prévenir l'inanition qui résulterait d'une telle abstinence. — Ils doivent prendre peu de nourriture et la choisir, en conséquence, parmi les aliments les plus réparateurs. — L'action des aliments, pour produire l'asthme, étant en raison directe de leur ingestibilité, on doit, dans ce cas, préférer un régime simple, composé de substances aisément assimilables.

Action du café dans l'asthme, par M. Hyde Salter. (Edinburgh med. Journ. et Bulletin général de Thérapeutique, t. LVII, p. 229.)

Le café soulage l'asthme dans les deux tiers des cas où il est employé; ses effets sont plus ou moins intenses et plus ou moins permanents. Pour produire tous ses effets, il doit être pris extrêmement fort, dans l'état de vacuité de l'estomac, sans sucre ni lait, et le plus chaud possible.

Fumigations médicamenteuses employées contre l'asthme spasmodique, par M. Viaud-Grandmarais. (Gazette hebdomadaire, p. 622, et Gazette des hôpitaux, p. 275.)

Cet excellent mémoire se résume ainsi : — Toutes les fumiga-

tions un peu actives, dirigées contre le spasme des bronches, se font à l'aide de vapeurs alcalines. — L'alcalinité de la fumée devait se prévoir dans l'emploi des plantes vireuses, sous les deux formes sèche et humide ; nous l'avons démontré également pour les fumigations nitrées et arséniatées. — Les inhalations vireuses, faites de très-près, agissent en partie par leurs bases naturelles, partiellement volatilisées. —Les fumigations arséniatées, les fumigations nitrées, les fumigations vireuses elles-mêmes, faites à distance, doivent leur action à des alcaloïdes artificiels divers que la théorie indique être de véritables ammoniaques composées. — Les bases arseniées offrent une série parallèle à celle des bases azotées, et rien ne doit surprendre si elles s'en approchent physiologiquement. — Nous pensons qu'il existe une série nombreuse de bases ternaires très-simples, ayant une action favorable contre le spasme bronchique, et que le gaz ammoniac, lui-même, rentre dans cette classe d'hyposthénisants spéciaux. — Nous ferons de plus remarquer qu'on doit se tenir en garde contre l'emploi trop prolongé de fumigations riches en substances toxiques (solanées ou arsenic). Si elles agissent heureusement sur le spasme des bronches, ce n'est pas sans retentir sur l'organisme en entier, et l'habitude pour l'économie de pareils médicaments est loin d'être inoffensive.

Névrose de l'appareil respiratoire, par M. Tartivel. (Journal du progrès, p. 227.)

Elle durait depuis quatorze années, et elle était rebelle aux traitements les plus énergiques et les plus variés ; guérison extraordinairement rapide par l'hydrothérapie.

Potion contre les accès d'asthme, par M. Allut. (Bulletin général de Thérapeutique, t. LVII, p. 270.)

De la maladie de foin, par M. L. Fleury. (Journal du progrès, p. 385.)

M. Phœbus avait demandé des renseignements sur l'existence de la *maladie de foin* en France. — En Angleterre et en Allemagne, on a décrit sous les noms de *catarrhe d'été*, *bronchite d'été*, *asthme d'été*, *fièvre de foin*, *asthme de foin*, un catarrhe pour lequel certains individus ont une disposition si particulière qu'ils en sont atteints chaque année, parfois pendant toute la vie. Cette affection commence à la fin de mai ou dans les premiers jours de juin, et dure quelques semaines ou même deux mois. Les symptômes sont ordinairement les suivants : coryza avec fréquents éternuments, inflammation de la conjonctive et du pharynx, toux, asthme, fièvre légère.

Les questions posées par M. Phœbus étaient les suivantes : — 1° La maladie existe-t-elle en France? Atteint-elle les gens du pays, ou seulement les étrangers? — 2° Est-elle plus fréquente dans les villes ou à la campagne? — 3° Règne-t-elle plus souvent dans les contrées où l'on cultive beaucoup de blé, ou dans celles où il y a beaucoup de prairies? — 4° Est-il vrai qu'elle se rencontre presque exclusivement parmi les classes les plus hautes de la société, ou est-elle seulement moins remarquée parmi les classes plus pauvres?

M. Fleury rapporte qu'il a eu de fréquentes occasions d'observer cette maladie sur des femmes et des hommes appartenant aux hautes classes de la société. L'époque *fatale* du début a été la fin de mai ou le commencement de juin. — La maladie de foin est une maladie *saisonnière*, dont la cause intime nous échappe. — Les symptômes sont : prurit aux paupières et à la voûte palatine, éternuments très-fréquents, coryza avec écoulement abondant, bronchite double avec dyspnée et véritables accès d'asthme. — Les accidents disparaissent et réapparaissent brusquement. Le soleil et l'odeur du foin exaspèrent les symptômes. Le même sujet est atteint plusieurs années de suite. — Tous les traitements ont échoué entre les mains de M. Fleury, l'hydrothérapie seule ne lui a jamais fait défaut. — On prévient la maladie par des douches froides générales, administrées matin et soir dans le mois qui précède l'invasion habituelle.

Catarrhe d'été, par M. Laforgue. (Union médicale, t. IV, p. 550.)

L'auteur rapporte deux observations d'affections catarrhales revêtant les caractères spasmodiques de l'asthme ; elles se sont développées, pendant les chaleurs, chez les femmes nerveuses, et, de préférence, chez celles qui jouissent du bien-être de la vie.

Angine de poitrine, suivie d'autopsie, par M. Fonssagrives. (Gazette médicale de Paris, p. 289.)

On n'a trouvé aucune lésion ; l'auteur considère l'angine de poitrine comme une névrose.

Mort subite dans la première période d'une angine de poitrine. — Persistance du thymus, par M. Saucerotte. (Gazette médicale de Paris, p. 383.)

Cette observation est remarquable par la terminaison brusque et inattendue de la maladie, après une durée très-courte et des

symptômes de moyenne intensité; par la persistance du thymus, coïncidant avec les résultats négatifs de l'autopsie.

Angine de poitrine, par M. Sabattier. (Union médicale, t. I, p. 264.)

L'auteur, d'après les symptômes observés, rapporte cette observation à une névrose des pneumogastriques.

Affection nerveuse. — Constipation. — Diminution de l'alimentation, par M. Sales-Girons. (Gazette hebdomadaire, p. 395.)

Observation d'une jeune fille qui, affectée d'une maladie nerveuse, va très-rarement à la selle et mange très-peu.

De la fièvre paludéenne simple, par M. Fougeu. (Thèses de Paris, n° 189.)

M. Fougeu termine sa thèse par quelques considérations intéressantes sur le traitement de la fièvre paludéenne en général. — L'acide arsenieux a une propriété fébrifuge réelle. — Il réussit mieux dans les fièvres tierces que dans les quartes et les quotidiennes. — La médication arsenicale a une action moins prompte et moins sûre que la médication quinique; c'est pourquoi elle doit être bannie du traitement des accès pernicieux. — Dans certains cas rebelles, on réussit quelquefois en associant le quinquina et l'acide arsenieux.

De la cachexie paludéenne et de son traitement, par M. Couatarmanach. (Thèses de Montpellier, n° 45.)

Notes et observations sur la thérapeutique des fièvres intermittentes et de l'anémie consécutive, par M. Ménard. (Thèses de Montpellier, n° 50.)

Un mot sur les fièvres intermittentes d'Afrique, par M. A. Legrand. (Gazette des hôpitaux, p. 2.)

Deux cas de fièvre grave d'Afrique observés à Paris. Un des malades, dont la maladie avait été méconnue, a succombé; l'autre a été guéri par le sulfate de quinine à hautes doses.

Fièvre intermittente mensuelle, par M. F. Massina. (Revue thérapeutique du Midi, 15 mai.)

Une femme de quarante-quatre ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, éprouva un accès de fièvre qui se répéta tous

les deux jours et qui fut coupée par 30 centigrammes de sulfate de quinine, précédés d'un purgatif au sulfate de soude. Le 12 juillet, réapparition des accès, affectant le type quotidien. Administration du sulfate de quinine, à la dose de 40 centigrammes. Dans la crainte d'une récidive, on conseille à la malade de prendre tous les matins, pendant quelques jours, deux cuillerées de vin de quinquina. — Le 11 août, retour des accès, type tierce : 80 centigrammes de sulfate de quinine en quatre prises avant le paroxysme. Les accès disparaissent. — Au mois de septembre, il n'y eut pas d'accès, parce qu'on donna à temps le sulfate de quinine; mais, au mois d'octobre, la malade n'ayant pas pris pareille précaution, vit revenir ses accès, et il en fut de même au mois de novembre.

De la fièvre intermittente chez les enfants à la mamelle, par M. P. Larauza. (Thèses de Paris, n° 103.)

L'auteur pense que cet âge est celui qui donne le plus de victimes dans les pays où règne la fièvre. — La quinine brute doit être préférée pour le traitement.

Succédané du sulfate de quinine, par M. Halma-Grand. (Académie des sciences, 31 janvier.)

Dans ce mémoire, qui est l'œuvre collective de MM. Halma-Grand, Duhalde et Gaucheron, les auteurs se sont proposé d'établir, par le raisonnement et par l'expérience, que le cyanoferrure de sodium et de salicine réunit toutes les conditions qui le rendent propre à devenir un succédané du sulfate de quinine. « Ce composé, disent-ils, est *amer*, par conséquent tonique, et il agit sur l'estomac à la manière du sulfate de quinine ; il est *azoté*, et par cela même peut être absorbé : en effet, nous avons trouvé plusieurs fois, dans les urines des malades qui en avaient fait usage, du cyanoferrure de sodium et de salicine, qui s'y transforme en hydrure de salicine et en acide salicinique. »

Nouveau fébrifuge : le ferro-cyanure de sodium et de salicine, par M. Musizanno. (Gaz. med. sarda ; Bulletin général de Thérapeutique, t. LVII, p. 331.)

Quelques cas de guérisons obtenues par le sel donné à la dose de 1 gramme dans un peu d'eau sucrée.

Traitement des fièvres intermittentes, par M. Puzin. (Gazette des hôpitaux, p. 323.)

Quelques mots sur différentes médications des fièvres intermittentes ; rien de particulier.

Traitement des fièvres intermittentes par les inhalations d'éther quinique, par MM. Wurzian et Groh. (Gazette médicale de Strasbourg, 25 juin, et Gazette hebdomadaire, p. 605.)

C'est un liquide parfaitement limpide, incolore, d'une odeur agréable, moins volatil que l'éther sulfurique. Néanmoins, il se volatilise encore assez rapidement à une température ordinaire, sans laisser de résidu. Mêlé à de l'eau distillée, il produit, au moment du mélange, des vapeurs épaisses, d'une odeur pénétrante, mais non désagréable, qui ne se dissipent que lentement. Le liquide qui reste est entièrement clair et rougit très-légèrement le papier de tournesol. — La substance est le produit de la distillation du quinate de chaux, qui s'obtient subsidiairement pendant la préparation du sulfate de quinine, avec de l'acide sulfurique et de l'alcool d'une pesanteur spécifique de 1,184, dans la proportion d'une livre de quinate de chaux, autant d'acide sulfurique et 14 onces d'alcool. On mêle lentement l'alcool et l'acide, pour que les liquides ne s'échauffent pas trop, puis on renferme le quinate de chaux dans une cornue tubulée assez grande pour contenir un peu au delà du double de tout le mélange, et on y verse peu à peu le mélange des deux liquides. On tâche d'humecter complétement le quinate de chaux en remuant avec précaution ; ensuite on distille sur un feu doux et un bain de sable jusqu'à ce que 20 onces de liquide aient passé dans le récipient. Ce liquide doit être distillé une seconde fois sur du chlorure de chaux pour le rendre anhydre. — Voici le *modus faciendi* : On versait la quantité destinée à l'inhalation (1 à 3 grammes) sur une compresse pliée en forme de cornet et couvrant la bouche et le nez du malade, auquel on recommandait de faire de profondes inspirations. La plupart du temps on se bornait à commencer l'expérience avec la période de froid, et ce ne fut que pour quelques cas plus graves qu'on la répétait à de courts intervalles, et toujours avec la même dose, quelque temps avant l'accès. — Si les inhalations étaient faites pendant l'apyrexie, on ne remarquait aucun symptôme particulier, sauf une légère accélération du pouls et de la respiration ; les malades les faisaient avec plaisir et n'éprouvaient ni envies de tousser ni aucun effet désagréable. Si, au contraire, les inhalations se faisaient au début de la période algide, elles déterminaient immédiatement un certain sentiment de bien-être, si bien qu'il sera difficile de trouver un fébrifuge plus agréable. Sauf un seul des malades soumis à cette médication, tous déclarèrent immédiatement que le frisson diminuait, et l'on vit tout l'accès s'amoindrir beaucoup, soit en durée, soit en intensité ; on put même s'assurer que la tuméfaction de la rate se dissipait chez tous ceux qui en étaient affectés. Six cas sur les sept observés à Milan se terminé-

rent par une guérison prompte et radicale, et même chez le septième, où l'insuccès peut à bon droit être attribué à la dose insuffisante du remède et à l'imperfection de l'inhalation pendant l'apyrexie, on ne put méconnaître l'influence favorable de la méthode employée. — Depuis, on a obtenu de nouveaux succès.

Traitement des fièvres intermittentes par les inhalations d'éther quinique, par M. G. Dupré. (Montpellier médical, septembre, p. 275.)

L'auteur avait fait des tentatives avant l'article précédent publié par M. Eissen. Voici son opinion sur ce nouveau fébrifuge : La préparation désignée sous le nom plus ou moins convenable d'*éther quinique* possède les qualités fébrifuges de la quinine, et elle peut être extrêmement utile dans tous les cas où ce spécifique étant réclamé par la nature de l'affection, toute voie d'introduction est fermée, sauf celle de la respiration. — L'éther quinique n'est pas, comme on l'a dit, un *succédané du sulfate de quinine*, mais seulement un nouveau et ingénieux mode d'administration des principes actifs du quinquina qui possèdent au plus haut degré le pouvoir de combattre toutes les manifestations de cette cause pathologique appelée dans notre école *génie périodique*.

Ethérisation dans le traitement des fièvres intermittentes, par M. Bonnafont. (Union médicale, t. III, p. 209.)

L'auteur a fait autrefois des éthérisations contre les fièvres intermittentes ; il en a obtenu de bons effets qu'il a fait connaître. Il a employé d'abord le chloroforme, puis l'éther. Le moment le plus convenable est entre quatre et six heures avant l'accès. Les malades n'étaient pas incommodés par l'éthérisation ; une fois l'accès arrêté, il n'est pas nécessaire de continuer l'éther : il n'y a pas de récidive. Une seule éthérisation est quelquefois suffisante. Les inhalations arrêtent les accès, en imprimant une forte secousse au système nerveux.

Remarques sur le traitement des fièvres intermittentes par les inhalations d'éther quinique, par M. Debout. (Bulletin de Thérapeutique, t. LVII, p. 176.)

L'auteur a fait des expériences prouvant l'effet anésthésique du mélange d'éther quinique ; c'est aux propriétés anésthésiques de ce mélange qu'il faudrait attribuer les effets obtenus par MM. Wurzian et Groh.

Propriétés fébrifuges de la sélénite, par M. Clark. (Medical Times, 11 juin, et Gazette hebdomadaire, p. 814.)

M. S. Clark raconte que les Hindous se servent fréquemment

de la poudre de sélénite (sulfate de chaux), calcinée, avec partie égale de pulpe d'aloès, pour combattre les fièvres intermittentes. Cette substance se vend en grande quantité dans les bazars du pays. M. Clark l'employa à la dose de 50 centigrammes quatre fois par jour dans les fièvres paludéennes, ainsi que dans d'autres maladies qui réclament l'emploi des toniques ; il poursuit ces expériences depuis huit mois, et il assure qu'elles lui ont donné les résultats les plus satisfaisants.

Fièvre intermittente. — Potion iodée, par M. Barilleau. (Gazette des hôpitaux, p. 154.)

37 guérisons sur 40 malades traités. La formule employée est la suivante :

Infusion de camomille. . . .	100 grammes.
Teinture d'iode	30 gouttes.

à prendre en trois fois et à continuer pendant plusieurs jours de suite.

Fièvre intermittente guérie par le haschisch, par M. Lukomski. (Gazette des hôpitaux, p. 585.)

Une observation, dont il est difficile de tirer des conclusions.

Fièvre intermittente ancienne et rebelle à types variés, par M. A. Tartivel. (Progrès, p. 232.)

Récidives multiples et insuccès du sulfate de quinine. Guérison par le traitement hydrothérapique.

De l'intoxication paludéenne et de son traitement, par M. Louis Fleury. (Journal du progrès, p. 337.)

Deux observations de fièvres intermittentes chroniques et rebelles. Guérison par l'hydrothérapie.

Nature des miasmes marécageux, par M. L. Gigot. (Académie des sciences, 28 novembre.)

Assainissement des terrains marécageux par le tournesol, par M. Maury. (Courrier des États-Unis, n° 20, et Gazette hebdomadaire, p. 461.)

Les environs de l'observatoire de Washington présentent les conditions les plus favorables à la production des fièvres pernicieuses. L'observatoire lui-même est très-malsain ; il n'est élevé que de 94 pieds au-dessus du niveau des eaux, et le fleuve qui

coule dans son voisinage n'est en réalité qu'une série de marais couverts de la végétation propre à ces terrains. Les fièvres paludéennes revenaient épidémiquement à l'époque où ces plantes se putréfient ; c'est pour absorber les émanations qui s'en exhalent que M. Maury propose d'y planter des végétaux dont la floraison se fait à la même époque. Il a fait choix du tournesol, dont le pouvoir absorbant est très-énergique, attendu qu'un arpent couvert de tournesols en fleur absorbe des milliers de litres d'humidité en sus de celle que fournit la pluie. — L'observatoire fut entouré d'une plate-bande large de 45 pieds et située à 200 yards du fleuve; on y sema des tournesols; le mois d'août, la mauvaise saison par excellence, vint sans ramener les fièvres, qui n'avaient pas manqué une seule année depuis la fondation de l'observatoire.

De la température du corps et de la sécrétion urinaire pendant les accès de fièvre intermittente, par M. Ringer. (Extrait du Medical Times and Gazette, 6 août, et Archives générales de médecine, octobre, p. 478.)

M. Ringer a calculé, au moyen d'observations précises et multipliées, quelles sont, pendant un accès de fièvre intermittente, les variations de la température, de l'excrétion d'urée, de chlorure de soude et d'eau. Voici le résultat de ses recherches. — La température du corps commence à s'élever de 45 à 90 degrés (Fahrenheit) avant que le sujet éprouve le moindre malaise ; et l'augmentation, constatée au moyen d'un thermomètre placé sous l'aisselle, continue pendant tout le stade de froid et une partie de celui de chaud : la chaleur décroît ensuite durant la deuxième partie de ce stade, ainsi que durant celui de la sueur. On peut prévoir la gravité de l'accès d'après les caractères de cette augmentation de chaleur, selon qu'elle a lieu rapidement ou par oscillations. — L'urée commence à être excrétée en plus grande abondance dès avant le premier sentiment de frisson, avant même que le thermomètre ne s'élève. Le moment où cette excrétion atteint son maximum est la fin du stade de froid. Les variations de cette excrétion correspondent à celles de la température, mais souvent les précèdent un peu. Elle augmente d'une quantité considérable, de 200 à 500. Le chlorure de soude excrété augmente de la même manière. Enfin, la quantité d'urine s'accroît aussi proportionnellement à l'élévation de la température, et sans être sensiblement influencée par la quantité de boisson que prend le malade. — L'auteur a fait, à ce même point de vue, de curieuses observations sur l'effet des antipériodiques. Un gramme de sulfate de quinine, donné avant l'accès, au moment où la température commençait à s'élever, empêcha pendant une

heure cette augmentation ; mais il n'eut point d'autre influence, ni sur l'urée, ni sur le chlorure, ni sur l'urine. Un second gramme fut donné après l'accès et guérit le patient. Le lendemain, en effet, il n'eut ni frisson, ni chaleur, ni sueur; le thermomètre ne subit aucun changement. Seulement l'urée et le chlorure furent excrétés en plus grande quantité au moment où l'accès aurait dû venir. La même augmentation eut encore lieu le jour suivant, quoique moins considérable, puis tout rentra définitivement dans l'ordre. — Un accès de fièvre hectique, chez une phthisique, a donné lieu à des constatations à peu près semblables. Seulement, l'excrétion d'urée diminua avant que la température ne commençât à s'élever, et cette excrétion augmenta ensuite d'une manière moins considérable que dans l'accès de fièvre intermittente.

Glycosurie dans la fièvre paludéenne, par M. Burdel. (Académie des sciences, 7 novembre.)

L'auteur résume les résultats de ses recherches dans les termes suivants : — 1° Il existe dans les fièvres paludéennes un véritable diabète ou glycosurie. — 2° Cette glycosurie n'est qu'éphémère, c'est-à-dire qu'étant l'expression des troubles survenus dans l'organisme, elle apparaît avec la fièvre, persiste autant qu'elle, et disparaît avec elle. — 3° La glycosurie de la fièvre paludéenne révèle bien le trouble profond et spécial qui frappe l'équilibre existant entre le système cérébro-spinal et le système sympathique. — 4° Cette explication donnée par M. Cl. Bernard se trouve confirmée par ces faits. — 5° Plus l'accès est violent, plus les frissons sont intenses, plus aussi la quantité de sucre dans les urines est considérable. — Plus au contraire les accès ont été nombreux et ont perdu de leur force, plus, en un mot, la cachexie s'établit, moins la quantité de sucre est élevée.

Examen de l'urine dans les fièvres rémittentes et intermittentes, prouvant l'excès des phosphates dans le sang et les propriétés éliminatrices du sulfate de quinine, par M. H. Stuart. (Charleston med. Journ. and Review, et Gazette médicale, p. 190.)

Les urines ont un poids spécifique plus considérable après l'accès que pendant l'accès ; les phosphates sont, après l'accès, plus abondants. M. Stuart pense que c'est au sulfate de quinine que l'on doit leur excrétion.

Fièvre intermittente pernicieuse à forme apoplectique, par M. L. Sorbets. (Gazette des hôpitaux, p. 136.)

Cette forme est extrêmement grave; le diagnostic est très-

important : dans les deux cas, le début est brusque, violent ; perte de connaissance, coma ou convulsions, déviation de la bouche, pouls lent et fort pour la congestion cérébrale ; refroidissement général, bâillements, pâleur de la face pour l'accès pernicieux, tels sont les symptômes graves qui paraissent simultanément. Plus tard, le diagnostic devient plus facile. — Une observation.

Mort apparente simulée par un cas de fièvre intermittente pernicieuse, par M. François. (Gazette des hôpitaux, p. 64.)

Des fièvres pernicieuses, par M. L. Reynal. (Thèses de Paris, nº 207.)

On trouve dans cette thèse une bonne étude des conditions qui favorisent le développement des miasmes palustres. Parmi ces conditions, il faut placer au premier rang le mélange de l'eau de la mer avec l'eau douce des marais.

Des sources d'indication dans la fièvre rémittente, par M. Batigne. (Montpellier, Martel, in-8, 155 pages.)

Essai médical sur le comptoir du Gabon (côte occidentale d'Afrique), par M. A. Lestrille. (Thèses de Paris, nº 54.)

L'auteur étudie les fièvres intermittentes et la colique sèche ; il rapporte quelques observations qui lui semblent prouver l'existence d'une relation intime entre cette dernière affection et l'anémie paludéenne.

Considérations pratiques sur les maladies de la Guyane et des pays marécageux, situés entre les tropiques, par M. Laure. (Paris, V. Masson, in-8, VIII-80 pages.)

Du traitement de la variole par les lotions chlorées, par M. Eisenmann. (Bulletin de Thérapeutique, t. LVI, p. 232.)

On fait trois ou quatre fois par jour des lotions sur tout le corps avec l'eau chlorée ordinaire mêlée à un peu d'eau. Leurs avantages, quand elles sont employées dans la période d'éruption, sont de faciliter l'éruption et de calmer la fièvre ; la marche de l'exanthème est très-rapide ; au moment de la dessiccation, il se forme une pellicule qui tombe bientôt sans laisser de cicatrice. Pas de maladies consécutives. — Cette médication ne produit pas de moindres effets, employée seulement après l'éruption des pustules.

Emploi de la glycérine pour prévenir la formation des cicatrices du visage dans la variole, par M. Posner. (Annales médicales de la Flandre occidentale, n° 7.)

Cet agent, appliqué à l'état de pureté, et d'heure en heure, sur les boutons varioliques, atteint parfaitement ce but, au dire du docteur Posner, qui s'en est servi un grand nombre de fois pendant l'épidémie de variole qui a régné en 1858 à Berlin.

Camphre comme abortif des pustules varioliques, par M. Neuhold. (Union médicale, t. III, p. 260.)

M. Neuhold fit des vaccinations avec vingt-quatre aiguilles chargées de vaccin ; douze d'entre elles étaient conservées dans un étui *ad hoc*, les douze autres dans une boîte dans laquelle se trouvait, par hasard, un petit morceau de camphre. La première série donna de bonnes pustules vaccinales ; la seconde, au contraire, manqua totalement son effet et ne produisit que quelques pustules avortées. En partant de ce fait, M. Neuhold fit de nombreuses expériences sur les pustules varioliques et vit, comme résultat constant, que les boutons recouverts, dès leur éruption, d'un linge frotté avec du camphre, avortaient et se desséchaient sans parcourir leurs périodes. Il donne en même temps à l'intérieur une boisson tempérante, limonade, émulsion d'amandes, additionnée de 0,05 à 0,15 de camphre, au début de la maladie ; la fièvre, la chaleur et les autres symptômes fébriles diminuent rapidement par ce moyen simple.

Protection du visage dans la variole, par M. Anselmier. (Union médicale, t. III, p. 421.)

L'auteur a toujours retiré de bons effets d'un onguent composé d'emplâtre simple, 200 grammes ; onguent mercuriel, Q. S. Mêlez à un feu doux, jusqu'à refroidissement complet, pour avoir une certaine consistance. Cette médication, employée dès le début, empêche la confluence de l'éruption.

Etude sur la variole, la vaccine et les revaccinations, par M. Marc d'Espine. (Archives générales de médecine, juin, p. 691.)

L'auteur rapporte les faits particuliers qu'il a observés pendant une épidémie qui a régné à Genève et dans ses environs en 1858.

Etiologie de la variole et de la vaccine, par M. Thore. (Gazette médicale de Paris, p. 43, 56, 434, 149.)

Dans ce travail, fait avec un très-grand nombre d'observations, M. Thore examine la plupart des questions importantes de la

variole. Pour les saisons, la statistique donne un plus grand nombre de varioleux en hiver ; viennent ensuite le printemps, l'été et l'automne. Les hommes ont été un peu plus fréquemment atteints que les femmes. — La variole se montre à tous les âges, chez le fœtus comme chez le vieillard. Il est des âges où M. Thore a observé un plus grand nombre d'individus affectés, de cinq à six ans, de seize à dix sept, de dix-neuf à vingt et un, etc. — Un séjour, même fort court, dans les hôpitaux, est une cause puissante pour contracter la maladie. — L'explosion des symptômes doit être placée dans la seconde huitaine après l'infection. — Il résulte des relevés de l'auteur que les individus vaccinés atteints par la variole existent dans une proportion beaucoup plus grande qu'on ne l'avait dit : 141 sur 229. — La vaccine atténue d'une manière notable la gravité de la variole. — L'auteur termine ce mémoire par les résultats qu'il a obtenus de nombreuses revaccinations.

Recherches sur les éruptions générales de la vaccine, par MM. Sordet et Bouchard. (Gazette médicale de Lyon, p. 69, 90.)

Citation d'exemples empruntés à différents auteurs. — Relation d'une observation nouvelle, mettant hors de doute l'existence des éruptions générales après la vaccination.

Vaccine et variole, par M. Marinus. (Presse médicale belge, et Gazette médicale de Paris, p. 578.)

La vertu préservatrice de la vaccine est absolue dans la presque totalité des cas. — Les cas de variole, après vaccination, sont peu fréquents et peu graves. — Les éruptions vaccinales ne procurent pas toujours une préservation absolue ; la revaccination est le complément indispensable de la première vaccination. — La revaccination doit être faite entre dix et quinze ans.

Variole et vaccine marchant côte à côte, par M. Jobert de Guyonvelle. (Gazette des hôpitaux, p. 222.)

Une observation avec ces conclusions : — Au moment où l'enfant a été vacciné, déjà il avait subi l'infection ou l'intoxication varioleuse ; il était déjà bien réellement varioleux. — La variole, encore à l'état d'incubation, mais tout sur le point d'éclore, n'empêche pas le développement normal et régulier de la vaccine pratiquée en cet instant et dans ces circonstances. — Au contraire, la vaccine, sur le point d'éclore, ou à peine éclose, ne se laisse que très-rarement envahir par la variole, et quand, par hasard, ces envahissements ont lieu, la vaccine toujours en amoindrit très-sensiblement les effets.

Identité de la variole et de la varioloïde. — Evolution simultanée de la variole et du vaccin, par M. Babu. (Union médicale, t. III, p. 499.)

Une observation, venant à l'appui des deux propositions suivantes : — 1° La varioloïde et la variole ne sont qu'une seule et même maladie, puisqu'un individu, atteint d'une varioloïde des plus bénignes, peut communiquer à un sujet non vacciné une variole des plus caractérisées. — 2° La variole et le vaccin peuvent se développer simultanément sur le même sujet sans que la marche de l'une des deux éruptions soit influencée par l'autre, et, par conséquent, l'on peut toujours, sans danger pour les malades, vacciner ou revacciner, en temps d'épidémie, pour tenter d'enrayer la marche du fléau.

Simultanéité de la variole et de la vaccine. — Leur influence réciproque, par M. Passot. (Société de médecine de Lyon, 17 janvier; Gazette médicale de Lyon, p. 194.)

L'auteur, après avoir fait l'histoire de cet intéressant sujet, raconte une observation personnelle propre à jeter du jour sur la question de savoir si la variole et la vaccine peuvent s'influencer réciproquement. Il s'agit d'une jeune enfant qui fut vaccinée pendant la période d'incubation d'une petite vérole soupçonnée. Les deux éruptions se développèrent simultanément : celle du vaccin avec tous ses caractères complets et réguliers, mais celle de la variole singulièrement modifiée dans ses manifestations. Les boutons de cette dernière éruption furent certainement rares et de forme globuleuse ou conique ; aucun ne présentait d'ombilic. De plus, on ne vit survenir ni la suppuration ni la fièvre secondaire qui l'accompagne. En un mot, la maladie se montra avec les caractères de la varioloïde la plus discrète et la plus bénigne. — M. Passot recueillit du vaccin sur cette petite malade ; il l'inocula à un enfant qu'une brûlure avait complétement défiguré. L'inoculation réussit admirablement : il y eut un beau vaccin, sans traces d'éruption générale, et ce vaccin fut transmis à un second enfant, également sans le moindre accident. — De cette observation, M. Passot conclut que la variole n'influence pas la marche de l'éruption vaccinale, tandis que celle-ci peut, au contraire, modifier la première au point de la transformer en varioloïde tout à fait bénigne.

Dans la Société de médecine de Lyon, on a cité des faits analogues. La Gazette des hôpitaux a ajouté à ces observations (p. 281 et 294) un cas rapporté par M. Maximin Legrand ; il conduit à la même conclusion.

Varioloïdes communiquées aux nourrissons par leur mère pendant l'allaitement. — Vaccination pendant la période d'incubation. — Mort des deux enfants, par M. Dupuis. (Gazette des hôpitaux, p. 54.)

Vaccination.— Effet tardif, par M. Retsin. (Union médicale, p. 196.)

M. Retsin rapporte le fait d'un enfant de onze ans qu'il vaccina avec succès, et chez qui, deux ans après, se développèrent de véritables pustules vaccinales à l'endroit des cicatrices des premiers boutons. Il est à remarquer que l'enfant n'avait communiqué avec aucune personne récemment vaccinée, ou revaccinée, ou atteinte de variole ou de varioloïde. A l'éruption des derniers boutons, il montrait un état saburral, accompagné d'une réaction fébrile modérée.

Efficacité comparative du vaccin pris bras à bras ou conservé sous verre, par M. Bertherand. (Union médicale, t. II, p. 309.)

Une statistique, faite avec des cas très-nombreux, prouvant que le vaccin pris de bras à bras ne fournit pas de meilleurs résultats que celui conservé sous verre, et par conséquent desséché.

Nouveau mode de conservation du vaccin, par M. Andrews. (Annales de la Flandre occidentale.)

M. Andrews propose de mêler la lymphe vaccinale avec de la glycérine. Dans sept cas, il a employé ce mélange avec un résultat tout aussi satisfaisant que s'il eût opéré avec du vaccin frais ; il a pu le conserver, durant les chaleurs de l'été, pendant deux ou trois mois, sans que son efficacité en fût diminuée. Le mode de préparation consiste à prendre une croûte vaccinale, que l'on brise en petits morceaux, et qu'on introduit dans une petite bouteille contenant un peu de glycérine ; la solution se fait peu à peu, en ayant soin d'agiter de temps en temps la bouteille.

Revaccination. — Apparition d'une pustule vaccinale au nez, par M. Coste. (Revue médicale belge, et Gazette médicale de Paris, p. 769.)

M. Coste a eu la petite vérole à l'âge de quatre ans ; il n'en a pas moins pris l'habitude de se revacciner chaque année, en faisant des piqûres aux bras. — Ces tentatives étaient toujours restées sans résultat, lorsqu'en vaccinant un enfant il s'est piqué le bout du nez avec la lancette chargée de vaccin. Il s'est développé une pustule vaccinale sur le nez ; d'autres piqûres, pratiquées sur le bras quelques minutes après, n'ont rien produit. —

L'auteur en conclut qu'une partie du corps peut bien être réfractaire au vaccin, sans qu'une autre partie le soit également.

Revaccination des marins de la division des équipages de la flotte à Toulon, pendant les années 1857 *et* 1858, par M. F. Laure. (Union médicale, t. II, p. 36.)

Propositions établies d'après les faits observés : — Le vaccin, pris de bras à bras, est incomparablement plus efficace que le vaccin sur verre. — Le vaccin, pris sur des adultes revaccinés, est susceptible de produire de belles pustules inoculables, au même degré que le vaccin pris sur des enfants. — Chez les adultes, il n'est pas indifférent de déposer le liquide sous l'épiderme ou de le faire pénétrer plus profondément. C'est ce dernier mode qu'il faut adopter dans la revaccination. — Loin d'être inutile, comme on a pu le penser, la pratique de la revaccination, ordonnée par le gouvernement dans les armées de terre et de mer, est une mesure hygiénique d'une importance réelle, et dont la stricte exécution doit être surveillée d'une manière incessante. — Les variolés, ainsi que les vaccinés, doivent être soumis à la revaccination. — Les phénomènes locaux, dans la vaccine supplémentaire, et ses suites immédiates, par conséquent, sont de peu d'importance, si l'on a soin d'exempter de tout service, dès le cinquième jour, les individus chez lesquels des pustules vraies ou fausses se développent. Les phénomènes généraux sont à peu près nuls.

Résultat de neuf cent trente-six revaccinations pratiquées dans le 30e *de ligne*, par M. Renard. (Gazette des hôpitaux, p. 238.)

Les faits qu'il a observés amènent l'auteur à dire que la vertu préservatrice de la vaccine s'épuise au bout d'un certain nombre d'années ; la revaccination produit des pustules vaccinales chez un tiers des individus revaccinés entre 22 et 23 ans ; les variolés ont, au bout d'un certain temps, des pustules après la revaccination ; l'aspect particulier des cicatrices vaccinales n'indique pas si l'action du vaccin persiste ou est épuisée. La revaccination est nécessaire.

Revaccinations pratiquées dans le 1er *régiment d'infanterie de marine*, par M. J. Lecoq. (Gazette des hôpitaux, p. 386.)

Conclusions analogues aux précédentes.

Résultats des revaccinations opérées en 1858 *au* 25e *de ligne, à Rome*, par M. Armieux. (Gazette des hôpitaux, p. 494.)

Conclusions analogues aux précédentes pour l'utilité de la revaccination.

La variole à Genève pendant l'année 1858, par M. Dufresne. (Paris, J.-B. Baillière, in-8, 59 pages.)

Rapport sur l'état de la vaccine dans le département de l'Hérault pendant l'année 1853, par M. J. Dumas. (Montpellier, imprimerie Bœhm, in-4; 39 pages.)

Rapport de la Commission permanente de vaccine du département du Rhône. (Gazette médicale de Lyon, p. 137.)

Vaccination et revaccination, par M. Lalagarde. (Archives générales de médecine, septembre, p. 348.)

Parallèle des effets produits par la vaccination et la revaccination.

Métastase du principe variolique. — Gingivite. — Nécrose du bord alvéolaire correspondant, par M. Galligo. (L'Art dentaire, p. 93.)

Des saisons, des âges et de la gravité de la variole avant et après la pratique vaccinale, par M. Guilhon. (Gazette médicale de Paris, p. 204.)

Cet article est fait dans les idées antivaccinales. Une des conclusions de l'auteur, c'est qu'il n'y a pas de modification dans la mortalité chez les sujets atteints de petite vérole, qu'ils soient ou non vaccinés.

Variole compliquant la rougeole et la scarlatine, par M. Broke-Gallwey. (Gazette hebdomadaire, p. 79.)

Deux observations, l'une de variole avec rougeole, l'autre de variole avec scarlatine.

Etudes sur quelques points de philosophie médicale à propos de la rougeole, par M. Touzelin. (Thèses de Paris, n° 64.)

Dans des considérations générales, que nous regrettons de ne pouvoir analyser plus longuement, M. Touzelin examine quelles sont les tendances de la médecine au dix-neuvième siècle. Il constate le désaccord qui règne parmi les médecins, et, loin de déplorer un tel état de choses, il y voit un élément indispensable au progrès de la science. — Il présente ensuite quelques études cliniques au sujet de la rougeole et aborde, chemin faisant, les grandes questions de philosophie médicale qui se présentent : c'est ainsi qu'il traite en détail des constitutions médi-

cales, de la spécificité des maladies, de la malignité dans les maladies aiguës; il montre, à propos de cette dernière, qu'elle perd du mystère dont elle était enveloppée à mesure que la science fait des progrès, et qu'on parvient tous les jours à la rattacher à quelque complication définie. Tel est le rhumatisme cérébral survenant dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu. — Parmi les faits observés par M. Touzelin, il en est du plus haut intérêt; ainsi tous les tuberculeux ont guéri de la rougeole : sur quinze autopsies de rougeoles, une seule fois, il a trouvé quelques ganglions mésentériques tuberculeux; aucun des malades atteints de fièvre typhoïde ou en convalescence de cette maladie n'a été atteint de rougeole. Nous terminons en rapportant les principales opinions de l'auteur sur la rougeole. — La rougeole est due à un agent spécifique. — Elle ne relève que de la contagion. — Le virus morbilleux n'a pas d'autre réactif que l'économie vivante; ce virus peut devenir le réactif de prédispositions renfermées dans l'économie et restées latentes jusque-là; il peut aussi servir de réactif à l'état actuel de vitalité de l'organisme.

De la rougeole des enfants, ses variétés et ses complications, par M. Debouchaud. (Thèses de Paris, n° 109.)

. *De la rougeole compliquée chez l'enfant et chez l'adulte*, par M. F. Ragon. (Thèses de Paris, n° 134.)

Traitement préservatif des accidents qui peuvent survenir à la suite de la rougeole et de la scarlatine, par M. Scoutetten. (Metz, imprimerie Blanc, in-8, 7 pages.)

Voici la pratique que M. Scoutetten suit depuis longtemps : — Lorsque la convalescence est commencée, c'est-à-dire lorsqu'il n'existe plus de rougeurs à la peau, on fait, sur tout le corps, une friction d'huile d'amandes douces ou d'huile d'olives légèrement chauffée, puis on remet le malade au lit pendant environ deux heures. Le lendemain il prend un bain tiède, il en sort après une heure, se recouche, et, lorsque la peau est bien sèche, on fait une nouvelle friction avec de l'huile. Ces deux frictions et un bain suffisent souvent pour éloigner tout danger. Cependant il faut, dans les cas graves, répéter parfois les moyens indiqués jusqu'à ce que la souplesse du derme ait reparu. Ces précautions prises, on peut, sans inconvénient ni danger, laisser sortir les convalescents à l'air libre.

De la rougeole et de ses complications, par M. Trousseau. (Gazette des hôpitaux, p. 14, 41.)

Leçons cliniques faites à l'Hôtel-Dieu, déjà publiées.

Sur une variété particulière de rougeole hémorrhagique, par M. Veit. (Archives générales de médecine, p. 341, mars.)

La forme spéciale de rougeole noire, observée par l'auteur, ne saurait être considérée comme la conséquence d'une décomposition du sang; elle vient se greffer sur des cas très-bénins. Les taches suivent leur évolution habituelle pendant deux à quatre jours; puis, au lieu de pâlir, elles revêtent tout à coup une couleur rouge foncée, soit seulement dans quelques points, soit sur toute l'étendue de la peau. Pendant les jours qui suivent, la couleur de l'éruption devient encore plus foncée, quelquefois elle est d'un noir intense. Les taches sont arrondies, ou bien irrégulièrement anguleuses, déchiquetées, tranchant d'une manière frappante sur la nuance de la peau saine ou des taches rubéoliques ordinaires; elles varient de l'étendue d'une piqûre de puce au diamètre d'un pois, d'un haricot; çà et là elles occupent une assez grande surface; elles ne disparaissent pas sous la pression du doigt, et présentent d'ailleurs tous les caractères des hémorrhagies capillaires. — Le plus souvent elles persistent pendant un ou deux jours, avec la nuance qu'elles présentaient d'abord; puis elles pâlissent, et leur couleur passe par toutes les dégradations propres aux ecchymoses en voie de résolution. Les dernières traces de l'éruption ne disparaissent souvent qu'au bout de plusieurs semaines. — Ces modifications de l'éruption n'exercent d'ailleurs aucune influence fâcheuse sur le caractère et la marche de la rougeole; la desquamation est ordinairement très-intense; dans quatre cas seulement, on a observé des épistaxis.

De la fièvre scarlatine, par M. Guindez. (Thèses de Paris, n° 95.)

Traitement de l'angine scarlatineuse par l'iode, par M. Reeves. (The Lancet et Gazette des hôpitaux, p. 395.)

M. Reeves applique la médication par trois voies simultanément; il barbouille le gosier de teinture d'iode, frictionne, à l'extérieur, les parties latérales du cou, avec une pommade iodée, et donne à l'intérieur une mixture iodée. Seulement il remarque que les préparations d'iode pour l'usage externe sont ordinairement trop actives, et il ne met pour la teinture que 1 gramme ou 1 gramme et demi d'iode sur 32 grammes de véhicule, pour la pommade que de 5 à 7 grammes d'iode sur 32 grammes d'axonge. — Quant à la mixture, elle est ainsi composée :

Iodure de potassium.	1 gramme.
Iode.	10 centigrammes.

Chlorate de potasse.	4	grammes.
Nitrate de potasse.	6	—
Solution aqueuse de potasse. . .	4	—
Eau..	240	—

A prendre par cuillerées à café, ou par cuillerées à bouche (selon l'âge), toutes les quatre heures. — L'angine critique et périodique qui, chez tant de personnes, reparaît régulièrement deux ou trois fois par an, est efficacement influencée par l'usage de cette mixture uni aux inhalations iodées. Grâce à ce traitement, l'auteur a souvent vu, non seulement l'amygdalite se terminer plus vite que sous l'influence des médications ordinaires, mais encore les attaques périodiques d'angine cesser d'une manière définitive.

Traitement de la scarlatine par l'acide acétique dilué, par M. Schneck. (The American Journ.; Gazette médicale, p. 156.)

Le traitement de M. Brown (*Gazette des hôpitaux*, p. 451) est le suivant :

Acide acétique dilué.	30	grammes.
Sirop simple.	15	—
Eau distillée.	120	—

Pour un enfant de neuf ans, deux cuillerées à bouche toutes les quatre heures. Cette mixture sera continuée pendant toute la durée de la maladie, quelle qu'en soit la forme, jusqu'après la desquamation. — M. Schneck, par cette méthode, n'a pas perdu un seul malade sur soixante qu'il a traités.

Scarlatine maligne, par M. Rouxeau. (Journal de la Société académique de la Loire-Inférieure.)

Affusions froides. — Guérison. — C'est un nouvel exemple de l'efficacité de cette médication, si peu employée en France.

Diversité des symptômes de la scarlatine maligne, par M. Fulton. (Gazette médicale, p. 207.)

Dans des épidémies qu'il a observées, M. Fulton a vu quatre formes malignes principales, pouvant se combiner de diverses manières : prostration générale au début de la maladie, comme par une commotion violente du système nerveux ; congestion ou inflammation du cerveau ; le canal digestif est le siége de symptômes graves, qui ressemblent à ceux d'un violent choléra ; l'affection se porte surtout au gosier et aux voies respiratoires supérieures.

De la chute des dents et de l'exfoliation de leurs alvéoles, comme conséquence des fièvres éruptives, par M. Salter. (Archives générales de médecine, p. 232, février.)

Traitement de l'albuminurie scarlatineuse par le sulfate de quinine, par M. Anizon. (Gazette hebdomadaire, p. 97.)

M. Anizon, acceptant la théorie qui veut que l'albuminurie tienne à la desquamation des *tubuli* du rein, pense que le meilleur moyen à opposer à cette affection, c'est de faire arriver aux surfaces malades des modificateurs appropriés. Dans ce but, il donne le sulfate de quinine, qui passe presque tout entier dans les urines. — Trois observations prouvant les bons effets de cette médication.

Rhumatisme articulaire et fièvre scarlatine, par M. Bounichon. (Moniteur des hôpitaux, p. 722.)

Une observation, remarquable par les raisons suivantes : une femme est prise de scarlatine en soignant une personne atteinte d'un érysipèle à la face; n'y a-t-il là qu'une coïncidence? L'éruption commence à disparaître le cinquième jour, et le lendemain surviennent des douleurs rhumatismales.

Emploi des ventouses sèches comme moyen de diagnostic et de pronostic dans la suette miliaire, par M. J. Daudé. (Union médicale, t. II, p. 261.)

Si dés le début on applique une ou plusieurs ventouses sèches à l'épigastre, on remarque des faits bien différents : chez quelques malades, les ventouses produisent les phénomènes ordinaires, tuméfaction, rougeur de la partie, assez persistante même après l'enlèvement de la cloche ; chez d'autres, la peau ne se soulève qu'à peine, ne rougit pas, quoiqu'on laisse la ventouse longtemps en place, et qu'on la renouvelle sur le même point. Dans ce dernier cas, j'ai toujours vu que la maladie était grave, et souvent funeste ; dans le premier, au contraire, il y avait tous les caractères d'une maladie bénigne, qui suivait d'habitude très-régulièrement sa marche.

Emploi du perchlorure de fer dans la suette miliaire, par M. J. Daudé. (Gazette des hôpitaux, p. 186.)

La dose a été de 25 à 30 gouttes de perchlorure de fer à 30° dans une potion contenant de l'eau de menthe et un peu de sirop.

Ce médicament a pour effets de diminuer les sueurs, de relever le pouls, de calmer les douleurs épigastriques, de prévenir les paroxysmes ou accès.

Réponse à M. Daudé, par M. A. Foucart. (Gazette des hôpitaux, p. 192.)

Remarques de M. Foucart sur l'article précédent : défense de la méthode de traitement par les vomitifs, appliquée à la suette.

Epidémie typhoïde à l'hôpital Sainte-Eugénie pendant l'année 1857, par M. Molland. (Thèses de Paris, nº 126.)

L'auteur a observé tous les cas de fièvre typhoïde qui se sont présentés à lui pendant son internat à l'hôpital Sainte-Eugénie, et s'est attaché à remarquer les faits les plus saillants qu'a présentés cette épidémie. Il termine sa thèse par des conclusions dont nous donnons un résumé.— Le catarrhe bronchique a paru plusieurs fois en rapport avec l'humidité de l'atmosphère ; mais, quand la fièvre typhoïde a sévi avec une grande intensité, elle n'a plus subi l'influence catarrhale. — Il y a eu deux variétés de délire : l'un, dû à l'inanitiation, dans lequel la face est d'un gris de plomb, les yeux animés au milieu d'un facies osseux et décharné et auquel succède une somnolence très-prononcée ; l'autre, qui est dû à la forme prolongée de la maladie, est continu et, le plus souvent, accompagné d'une grande insomnie. — Les taches lenticulaires apparaissent le huitième jour, rarement après. — C'est toujours le treizième jour, ou vers les approches de ce jour, que, dans les formes graves, le malade était le plus accablé, et si alors il survenait des variations atmosphériques brusques, la maladie marchait vers une terminaison fatalement mortelle. — Dans la forme hémorrhagique ou pétéchiale, les hémorrhagies ont toujours apparu dans les deux premiers septénaires. — Le pouls irrégulier, franchement intermittent, s'est montré plusieurs fois avec l'invasion du délire qu'il semblait annoncer dans les formes malignes. — Le pouls dicrote a été observé avant les hémorrhagies et pendant qu'elles se faisaient ; et même il est arrivé que des individus, qui avaient eu seulement des épistaxis au début de la période prodromique, avaient également un pouls dicrote jusqu'à leur convalescence.—Après des fièvres qui avaient présenté beaucoup de gravité, le pouls dicrote s'est montré en même temps qu'il y avait une diminution dans le nombre des pulsations et un amendement des symptômes généraux.—La surdité survenait toujours après le treizième ou le quatorzième jour; elle doit être regardée comme un signe favorable.

— La fièvre typhoïde peut être arrêtée dans sa marche par une autre maladie et reprendre son cours, la maladie intercurrente une fois disparue. — En même temps que la fièvre typhoïde, il y a eu une épidémie de contractures des extrémités ; au commencement les malades mouraient presque tous ; plus tard, quelques-uns ont guéri ; était-ce l'effet du traitement, qui consistait alors en ventouses appliquées le long de la colonne vertébrale, ou une simple coïncidence? — M. Molland n'a rencontré qu'un tuberculeux parmi les malades dont il a fait l'autopsie. — Les fièvres à forme légère et celles, moins bien caractérisées, qui avaient seulement quelques points de ressemblance avec la fièvre typhoïde, ont été assez nombreuses et ne se sont montrées qu'au commencement et au déclin de l'épidémie, alors que la fièvre typhoïde était plus franchement catarrhale ; ces fièvres légères étaient très-rares quand la fièvre typhoïde sévissait avec plus d'intensité. — La fièvre typhoïde a sévi aussi bien sur les enfants qui n'étaient pas vaccinés que sur ceux qui portaient des traces valables de vaccine : quatre enfants avaient eu la variole avant de contracter la fièvre typhoïde ; pendant la convalescence, des varioles modifiées sont survenues comme fièvre secondaire ; du reste, pendant toute cette année, le nombre des varioles fut très-faible ; tous ces faits plaident assez contre la prétendue substitution de la fièvre typhoïde à la variole depuis l'introduction de la vaccine.

De l'expectation dans la fièvre typhoïde, par M. Siry. (Thèses de Paris, n° 146.)

Compte rendu des cas de fièvre typhoïde observés dans le service de M. Trousseau pendant le premier semestre de 1859, par M. Moynier. (Union médicale, t. III, p. 245, 292, 323.)

Quelques remarques sur différentes formes et différents accidents de la fièvre typhoïde. Comme traitement, la règle invariable est d'alimenter de bonne heure, pendant la maladie, au moyen de bouillons, de potages, et, pendant la convalescence, de permettre des aliments plus solides ; mais alors agir avec une grande prudence, parce qu'un léger excès de régime peut pro-[illegible] des rechutes et prolonger la maladie ; car, si la règle est d[illegible]utenir les forces, la règle est aussi de ne donner des aliments substantiels que lorsque la fièvre est tout à fait tombée, les garde-robes régulières et la langue naturelle.

Du diagnostic différentiel et du traitement de la fièvre typhoïde, par M. Carteron. (Thèses de Paris, n° 165.)

Nature de la fièvre typhoïde, par M. Campbell.
(Gazette médicale, p. 687.)

La fiévre typhoïde et le typhus dépendent d'une altération du systéme nerveux ganglionnaire.— Les toniques seuls doivent être employés pour combattre ces affections.

Traitement abortif de la fièvre typhoïde, par M. Kortum.
(Deutsche Klinik et Gazette médicale, p. 525.)

Ce traitement consiste en des lotions faites sur tout le corps, trois fois par jour, avec une solution de chlorure de chaux ; 5 à 10 grammes de solution concentrée sur 500 grammes d'eau. Au bout de quelques jours la maladie est arrêtée et les périodes suivantes ne se montrent plus. M. Kortum a employé ce traitement avec succés dans quelques cas qu'il a publiés.

Action du calomel dans la fièvre typhoïde, par M. Wanderlich.
(Union médicale, t. I, p. 504.)

En comparant les données fournies par l'observation de la marche naturelle de la maladie avec celles obtenues par l'administration du calomel, on arrive aux résultats suivants : — Sur cinquante et un cas de guérison avec le calomel, il s'est montré vingt-cinq fois une influence considérable du médicament, en ce sens que l'intensité de la maladie décroissait rapidement, ou bien que l'apyrexie survenait à une époque où elle n'est que la rare exception, avec un traitement nul. Dans vingt-deux cas, l'influence favorable était évidente, mais incomplète, ou bien diminuée ou anéantie postérieurement par quelque circonstance spéciale. Dans quatre cas, elle était douteuse ou nulle. Si l'on considére, d'un côté, la promptitude de la convalescence et le retour rapide des forces, et, d'un autre côté, la rareté et l'arrêt de l'évolution des lésions intestinales des typhoïdes morts aprés l'administration du calomel, on ne peut s'empêcher de voir là une relation de cause à effet et d'admettre que le calomel supprime ou entrave considérablement l'affection folliculeuse de l'intestin. — Il est probable que le calomel exerce une action topique sur les intestins. Il perd donc le caractére d'un reméde spécifique et pourrait peut-être trouver des succédanés. Effectivement, M. Wanderlich observe qu'il a rencontré plusieurs cas dans lesquels un purgatif doux, administré au début, avait exercé la même influence favorable, mais que, cependant, le calomel posséde l'action la plus sûre. Ce mode d'action étant admis, on voit facilement que le bon résultat doit dépendre de plusieurs circonstances accessoires, par exemple, de l'arrivée

assez prompte et en assez grande quantité du médicament sur les parties malades de l'intestin.

Quelques réflexions sur les différentes méthodes de traitement de la fièvre typhoïde, par M. E. Ronté. (Thèses de Paris, n° 67.)

Emploi des toniques dans le traitement de la fièvre typhoïde, par M. Monneret. (Bulletin de Thérapeutique, t. LVI, p. 571.)

M. Monneret débute toujours par un vomitif : dès que celui-ci a agi, il donne un purgatif avec l'eau de Sedlitz ; repos du malade pendant deux ou trois jours, si le purgatif a fait effet ; si, au contraire, la constipation se reproduit, s'il y a ballonnement du ventre, nouveau purgatif. Si le ballonnement augmente et s'accompagne d'adynamie, M. Monneret donne de la glace à l'intérieur et à l'extérieur, avec de la limonade vineuse pour boisson. Les cataplasmes sont composés de farine de graine de lin et de fragments de glace ; on les met en contact avec le ventre, et la glace fond lentement. — Dans le deuxième septénaire, alors qu'apparaissent les signes de la prostration, on commence l'emploi de la médication tonique, consistant dans l'emploi du sulfate de quinine, à la dose de 50 à 60 centigrammes dans une potion, et dans la limonade donnée comme tisane au malade on ajoute un tiers de vin. Indépendamment, M. Monneret donne deux ou trois bouillons dans la journée ; il laisse le malade dans cet état de médication pendant le deuxième et le troisième septénaire. Quand la convalescence s'établit, au bouillon on ajoute des potages.

La fièvre typhoïde, par M. Bouillaud. (Gazette des hôpitaux, p. 241, 257.)

Cet article contient le traitement par les émissions sanguines, et des considérations sur la fibrine du sang dans cette maladie.

Valeur des émissions sanguines dans la fièvre typhoïde ; avantage de l'application de sangsues derrière les oreilles aux diverses périodes de cette maladie, par M. Debout. (Bulletin général de Thérapeutique, t. LVI, p. 54.)

Compte rendu de plusieurs cas observés dans le service de M. Aran. Pour l'auteur, les émissions sanguines ne sont pas appréciées à leur juste valeur dans la fièvre typhoïde : dans le premier septénaire de la maladie, elles ont les résultats les plus favorables ; sans faire avorter la fièvre typhoïde, elles diminuent l'intensité des accidents réactionnels et simplifient la marche de la maladie, dont elles réduisent peut-être même la durée, mais

dans des proportions bien plus limitées que ne le professe M. Bouillaud ; la formule des saignées *suffisantes* peut être remplacée, dans l'immense majorité des cas, par une médication en rapport avec les indications principales, mais précédée d'une émission sanguine générale ou de quelques émissions sanguines locales, pratiquées principalement derrière les oreilles ; les émissions sanguines locales, pratiquées derrière les oreilles ou sur le ventre, peuvent être faites non-seulement sans danger, mais encore avec avantage, à toutes les périodes de la maladie.

Traitement de la fièvre typhoïde, par M. Cochenil. (Gazette des hôpitaux, p. 307.)

Ce traitement consiste surtout en lotions avec une solution de chlorure d'oxyde de sodium de Labarraque.

Emploi des préparations de quinquina dans le traitement des fièvres typhoïdes, muqueuses, bilieuses, par M. Teissier. (Gazette médicale de Lyon, p. 537.)

Le fond de la pensée de l'auteur a été de s'élever contre l'emploi abusif, dans les fièvres typhoïdes, muqueuses, bilieuses, du plus utile agent de la matière médicale. — De ce que le quinquina rend les plus grands services dans un grand nombre de circonstances pathologiques, ce n'est pas une raison pour l'administrer en quelque sorte dans toutes les maladies et pour qu'on puisse le faire innocemment. — L'expérience prouve qu'il peut être nuisible quand il n'est pas formellement indiqué.

Différentes formes du typhus, par M. Lebert. (Vierteljahr. für die praktische Heilkunde, et Gazette médicale de Paris, p. 47.)

Sous ce titre, M. Lebert s'occupe du traitement de la fièvre typhoïde légère ; il blâme la méthode abortive par les vomitifs et les autres médications ; il veut qu'on ait recours à l'expectation, et que les médicaments ne soient ordonnés que sur des indications précises ; il n'est pas partisan de la diète absolue.

Anatomie pathologique du typhus abdominal, par M. Lebert. (Vierteljahrschrift für die praktische Heilkunde, et Gazette médicale, p. 509.)

Recherches sur l'anatomie pathologique de la fièvre typhoïde et de ses complications.

Deux observations d'hémorrhagie intestinale pendant la fièvre typhoïde, par M. Thore. (Travaux de la Société médico-pratique, p. 65.)

Intoxication typhoïque, par M. Matagrin. (Gazette médicale de Lyon, p. 383.)

Deux observations où la maladie pouvait être désignée sous le nom de *typhoïde*, sans qu'on pût la rattacher à l'une des variétés admises pour les fièvres de ce genre. L'auteur propose pour ces cas la dénomination d'*intoxication typhoïde*.

Pneumonies intercurrentes dans les fièvres typhoïdes, par M. Ed. Jauzion. (Bulletin général de Thérapeutique, t. LVII, p. 365.)

M. Jauzion considère comme des congestions passives du poumon la plupart des pneumonies intercurrentes dans les fièvres typhoïdes; il ne les regarde pas comme un surcroît de danger et il recommande l'emploi des toniques.

Fièvre typhoïde grave, par M. Martin. (Moniteur des sciences, p. 321.)

Nécroses circonscrites du maxillaire supérieur ; convalescence; symptômes de colite aiguë, mort, autopsie.

Typhus abdominal (*fièvre typhoïde*) *des enfants*, par M. Friedrich. (Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie de Bruxelles, et Gazette médicale, p. 578.)

Quelques recherches, qui ne nous apprennent rien de nouveau.

De la convalescence dans l'affection typhoïde au point de vue des complications et du pronostic, par M. A. Loué. (Thèses de Paris, n° 47.)

Rechutes de la fièvre typhoïde, par M. Alf. Michel. (Union médicale, t. IV, p. 227, 295, 362, 393.)

Résumé : — On a appelé *réversion*, dans la fièvre typhoïde, une maladie en tout semblable à la première, qui s'est montrée après un temps variable de convalescence ou de guérison. — La réversion a été d'autant plus rare que le temps écoulé depuis la première maladie était plus long. — La forme et les symptômes de la réversion ont été identiques à ceux de la première manifestation morbide. — En général, la durée de la réversion a été moins longue et les symptômes moins graves que dans la dothinentérie primitive. — Plus la première atteinte a été longue, plus la réversion a duré.— La marche de la réversion a paru un peu irrégulière au premier abord, parce que les mêmes symptô-

mes, devant se dérouler dans un temps plus court, ont eu nécessairement une marche plus précipitée. — Quand la mort est arrivée dans le cours d'une réversion, elle n'a été due qu'à des complications. — Dans les cas d'autopsie, on a pu constater de récentes altérations intestinales à côté des cicatrices de la première maladie. — Ces réversions de la fièvre typhoïde font voir les rapports qu'il y a entre cette maladie et les fièvres éruptives. Dans la variole, par exemple, tantôt les pustules reparaissent après quelques jours de convalescence, tantôt l'éruption ne revient qu'après plusieurs années. — Le traitement de la réversion n'a donné lieu à aucune particularité nouvelle, sauf l'état de faiblesse des malades qu'il a fallu considérer.

Du typhus et de la fièvre typhoïde, précédé de la relation des deux épidémies de typhus léger (*typhus mitior*), par M. L. Noël. (Thèses de Paris, n° 144.)

Dissertation sur l'affection typhique, ses causes, son siége, sa nature et sa médication, par M. Ridreau. (Strasbourg, imprimerie Christophe, in-8, 37 pages.)

Quelques mots sur le typhus et sur son traitement (hôpital de Péra), par M. Laguens. (Thèses de Montpellier, n° 46.)

Considérations sur les diverses maladies qui ont régné à l'armée d'Orient, par M. L. Roger. (Thèses de Paris, n° 113.)

L'auteur donne un aperçu des diverses maladies qui ont régné pendant l'expédition d'Orient; il en montre l'irrégularité, les variétés et les complications sans nombre. Il pense que l'on a confondu sous le nom de *typhus* des méningo-encéphalites et des accès pernicieux à forme insolite. — Il y a identité entre le typhus et la fièvre typhoïde sous le triple rapport des causes, des symptômes et des lésions; de même que le choléra et la cholérine, ces deux maladies ne diffèrent que par l'intensité. Le typhus se propage par infection.

Fièvre de Leicester, par M. Sloane. (British medical Journal, et Gazette médicale de Paris, p. 75.)

Cet article a pour but de montrer les principales différences de la fièvre typhoïde et du typhus. Les principaux caractères distinctifs se tirent de la cause et de la propriété contagieuse; de l'éruption; de l'invasion plus rapide des symptômes nerveux et de la plus courte durée du typhus; de l'absence dans le typhus

des lésions caractéristiques de l'intestin et du mésentère propres à la fièvre typhoïde.— L'auteur est partisan du traitement tonique.

Communication de l'infection de la fièvre (typhus) par les ingesta, par M. Taylor. (Edinburgh medical Journal, et Gazette médicale, p. 326.)

L'auteur veut prouver que les exhalations cutanées et les effluves de la fièvre peuvent être absorbées par des fluides dont l'ingestion peut constituer un des moyens de propagation de la maladie.

Relation d'une épidémie de typhus observée sur quelques navires de de l'escadre de la mer Noire en 1856, par M. L. Villeprand. (Thèses de Paris, n° 42.)

Nouvelle théorie sur la nature du scorbut, par M. A. Dévé. (Thèses de Paris, n° 22.)

Le scorbut est une intoxication paludéenne ; en effet, dans les contrées où il y a des marais, le scorbut est endémique et souvent épidémique ; là où il n'y a pas de marais, il n'y a pas de scorbut; si un marais apparaît en un point, le scorbut s'y montre aussitôt; si on détruit le marais, le scorbut disparaît en même temps. Le meilleur traitement consiste dans l'emploi des moyens hygiéniques.

Du scorbut, par M. H. Joncoux. (Thèses de Paris, n° 118.)

Quelques considérations sur l'étiologie et le traitement du scorbut à la mer (hypoplastémie), par M. J. Beuzelin. (Thèses de Paris, n° 51.)

Les causes qui peuvent donner naissance au scorbut sont complexes. Parmi ces causes, il faut ranger l'usage continu de viandes salées et d'eau corrompue, la privation de végétaux frais, l'humidité et toutes les causes débilitantes. Les moyens hygiéniques sont tout-puissants contre le scorbut. A une alimentation convenable, il faut joindre le séjour à terre, si l'on veut obtenir une guérison certaine. Sans changer l'alimentation, il suffit de faire descendre un équipage à terre, pendant quelque temps, dans le cours d'une campagne, pour préserver cet équipage du scorbut.

Considérations anatomo-pathologiques sur les altérations et la gangrène de l'appareil pulmonaire que l'on rencontre chez les hommes atteints de scorbut, par M. Haspel. (Gazette médicale, p. 74-85.)

M. Haspel décrit les lésions qu'on trouve chez les scorbuti-

ques dans l'appareil pulmonaire ; il se forme à la surface du poumon et dans son parenchyme des épanchements de sang semblables à ceux que l'on trouve du côté de la peau. La gangrène se fait autour des foyers hémorrhagiques ; les signes pulmonaires sont peu marqués, quand les épanchements de sang sont peu considérables ; dans le cas contraire et avec la gangrène, on trouve les symptômes graves de ces affections. Le traitement doit être le traitement général du scorbut.

Traitement du scorbut, par M. Skoda. (Clinique européenne.)

M. Skoda dit employer avec avantage la formule suivante, qu'il associe d'ailleurs aux autres moyens généralement conseillés contre le scorbut :

Décoction de malt avec bourgeons de sapin.	275	grammes.
Levûre de bière.	25	—
Sirop d'écorce d'oranges.	25	—

M. d. s. Toutes les deux heures une cuillerée.

Transmission et spécificité des maladies et de la fièvre jaune en particulier, par M. Simonot. (Union médicale, t. III, p. 552, 568.)

Les maladies peuvent être divisées en deux grandes classes basées sur l'absence ou la présence du caractère de spécificité. — La contagion, l'infection et l'hérédité sont les trois modes distincts de transmission des maladies spécifiques, mais ils traduisent la spécificité sans en donner l'explication. — Si la spécificité héréditaire et la spécificité contagieuse ont besoin pour se développer d'un rapprochement sexuel et d'un fait d'inoculation, la spécificité infectieuse a aussi ses nécessités, l'épidémie. — La spécificité est bien plus dans l'évolution morbide qui va donner naissance aux manifestations locales que dans les localisations elles-mêmes. — Les maladies spécifiques étant *totius substantiæ*, leur premier retentissement a lieu sur le sang, cet élément fondamental *totius substantiæ*. — Secondairement, se développent les faits locaux qui semblent la condition indispensable au rétablissement de l'équilibre sanguin, et peuvent avoir une action en retour sur l'organisme. — Les exigences thérapeutiques des maladies spécifiques nécessitent moins un médicament qu'une médication dont le double but sera : empêcher ou contre-balancer l'action sur le sang ; maintenir dans leurs justes limites les effets nécessaires de cette action. — Dans l'espèce, la fièvre jaune est une affection spécifique infectieuse épidémique, dont le fait

typique est l'exhalation du sang altéré à travers nos tissus, et la coloration jaune de ces mêmes tissus que développe, souvent pendant la vie, après la mort toujours, leur imbibition par la matière colorante du sang.

De la fièvre jaune, par M. B. Bidault. (Thèses de Paris, nº 24.)

L'auteur décrit la fièvre jaune qu'il a eu occasion d'observer. Voici quelques-unes de ses opinions. La coloration jaune que l'on observe dans cette maladie n'est point due à la bile, mais bien à la matière colorante du sang. La présence de l'albumine dans l'urine est un signe caractéristique de la seconde période. Les effluves marécageux sont la cause de la fièvre jaune ; aussi cette maladie se transmet-elle par infection et non par contagion. Le prétendu antidote de M. de Humboldt est une mystification. Le meilleur traitement consiste dans l'emploi des émissions sanguines, des purgatifs et surtout du quinquina.

La fièvre jaune de la Nouvelle-Orléans, par M. Cartier. (Paris, J.-B. Baillière, grand in-8, 51 pages.)

La fièvre jaune à la Nouvelle-Orléans, par M. Alf. Mercier. (Gazette des hôpitaux, p. 27 et 114.)

Fonction urinaire et urine albumineuse dans la fièvre jaune, par M. Alf. Mercier. (Union médicale, t. III, p. 326.)

Dans les cas légers la miction est facile, abondante, répétée aux mêmes intervalles qu'à l'état physiologique. La suppression des urines, surtout quand elle se prolonge au delà de vingt-quatre heures, est toujours un symptôme inquiétant. Le retour de la miction est suivi d'une amélioration notable. Généralement, dans ces circonstances, le liquide sécrété par les reins est foncé en couleur et dépose un sédiment épais, sablonneux. L'albuminurie, dans le typhus d'Amérique, nous paraît devoir être rangée parmi les symptômes graves. Mais ici la question de quantité est importante ; il nous a semblé que le pronostic devait être d'autant plus défavorable que le précipité obtenu à l'aide de l'acide nitrique seul était plus facile et plus abondant.

Albuminurie dans la fièvre jaune, par M. Arnoux. (Gazette hebdomadaire, p. 275.)

L'auteur dit que dans deux cas embarrassants, la présence de l'albumine a fait diagnostiquer chez un malade une fièvre jaune sporadique ; son absence a fait conclure chez un autre malade qu'il était affecté d'une fièvre autre que la fièvre jaune. Ce dernier malade a été guéri par le sulfate de quinine.

Fièvre jaune provenant de Jacksonville (Floride), par M. Roberston.

Absence d'urée et d'acide urique dans l'urine de la fièvre jaune, par M. Peyre-Porcher. (Charleston medical Journal and Review, et Gazette médicale, p. 671.)

Difficultés du diagnostic entre la fièvre jaune et la fièvre rémittente bilieuse congestive.— Les urines sont albumineuses dans tous les cas funestes. — D'après M. Porcher, l'albumine peut faire défaut dans la fièvre jaune, qui serait caractérisée par l'absence absolue d'urine et d'acide urique.

Fièvre jaune qui a régné à Mount-Pleassant et dans le havre de Charleston, dans l'été de 1857. — *Son origine probable*, par M. Kinlock. (Charleston med. Journ. and Review, et Gazette médicale, p. 671.)

D'après l'auteur, la fièvre jaune se serait développée spontanément dans une famille.

Acclimatation. — Les nègres sont-ils sujets à contracter les fièvres endémiques du sud? par M. Fenner. (Gazette médicale, p. 687.)

Les nègres, comme les blancs, s'acclimatent; ils sont moins exposés à contracter les fièvres du sud, après deux ou trois ans de séjour dans le pays.

Du traitement du choléra épidémique, par M. Jacques.
(Thèses de Paris, n° 184.)

M. Jacques étudie d'abord l'absorption dans la période cyanique du choléra, et pense qu'elle n'est pas abolie complétement, ainsi que le veut M. Duchaussoy dans sa thèse. Il passe ensuite en revue les différents remèdes préconisés contre le choléra, et termine par un résumé du traitement dans la période prodromique, dans la période phlegmorrhagique, dans la période cyanique et enfin dans la période de réaction.

De l'une des causes du choléra, par M. Vannaire.
(Thèses de Paris, n° 104.)

L'auteur rapporte deux cas de choléra, où il n'a pu invoquer d'autre cause qu'un refroidissement subit. Il pense que telle est la cause la plus puissante du choléra. Il indique, en terminant, les différents moyens propres à éviter les refroidissements.

Emploi de la belladone à dose toxique dans certaines formes du choléra, par M. Després. (Gazette des hôpitaux, p. 473.)

Bons effets obtenus par M. Després de l'emploi de la belladone à hautes doses.

Potion au carbure de soufre contre le choléra, par M. F. Pilaski. (Bulletin général de Thérapeutique, t. LVII, p. 125.)

Menthe poivrée, 4 grammes. — Faites infuser dans Q. S. d'eau bouillante pour obtenir : colature, 120 grammes. Après refroidissement, ajoutez : alcool de soufre, 20 gouttes, dissous préalablement dans éther sulfurique, 4 grammes; laudanum de Sydenham, 35 gouttes; sirop simple, 30 grammes. — A prendre par cuillerées toutes les heures.

Les publications suivantes sur le choléra ont aussi paru en 1859.

— Analogie du choléra asiatique avec les fièvres pernicieuses et intermittentes, par M. Al. Fleury. (Thèses de Paris, nº 238.)

— Traité de la médication complète du choléra, par M. Bourgogne. (Paris, Labé; in-8º, 380 pages.)

— Du choléra épidémique, par M. Lunel. (Paris, imprimerie Gaittet; in-4º, 44 pages.)

— Relation historique et médicale de l'épidémie cholérique qui a régné à Marseille pendant l'année 1854, par M. Sirus Pirondi. (Paris, Labé; in-8º, 184 pages.)

— Mortalité cholérique pendant l'épidémie de Marseille en 1854. Divers traitements employés, par M. Sirus Pirondi. (Moniteur des hôpitaux, p. 605, 610.)

— Mortalité du choléra, par M. Abeille. (Moniteur des hôpitaux, p. 639.)

— Influence du choléra sur les maladies dans le cours desquelles il survient, par M. Limousin. (Paris, J.-B. Baillière; in-8º, 24 pages.)

De la maladie d'Addison, par M. Laguille. (Thèses de Paris, nº 4.)

Pour faire sa description, M. Laguille a réuni quatre-vingt-une observations, dont quatre lui sont propres. Il arrive aux conclusions suivantes : — Il y a un rapport évident entre les lésions capsulaires et les symptômes signalés par Addison. — Ces symptômes forment un groupe assez nettement défini pour qu'un observateur attentif les reconnaisse sans hésitation.

Maladie bronzée de la peau, par M. Spender. (British med. Journ., et Union médicale, t. I, p. 351.)

Cette observation, analogue pour les symptômes à toutes celles qui ont été publiées, est remarquable en ce que l'autopsie a révélé l'absence complète des capsules surrénales.

Scrofules. — Phthisie. — Tubercules des capsules surrénales, par M. Page. (British med. Journ., et Gazette médicale, p. 90.)

Coexistence de peau bronzée.

Maladie d'Addison ou peau bronzée, par M. A. Dumas (de Cette). (Gazette médicale, p. 575.)

Une observation sans autopsie; l'auteur admet que chez quelques phthisiques on trouve une sorte de coloration bronzée. Ce n'est alors qu'un symptôme sans importance. — Dans d'autres cas, cette coloration caractérise une véritable affection morbide qui peut être considérée comme une cachexie spéciale, dans laquelle des altérations de nature diverse se produiraient ordinairement dans les capsules surrénales.

Peau bronzée, par M. Schutzenberger. (Gazette médicale de Strasbourg, 27 mai.)

L'auteur a montré une jeune fille de dix-sept ans, affectée de peau bronzée. Pas de trace de maladie organique.

Tumeurs multiples de la peau, destruction des capsules surrénales, changement de couleur de la peau, par M. Demarquay. (Société médicale d'émulation.)

La coloration de la peau ressemble à celle des feuilles mortes, ou bien à celle d'un Indien ; elle est différente de la couleur jaune paille, caractéristique de la cachexie cancéreuse. La peau qui recouvre les tumeurs est bronzée, surtout celle qui enveloppe les tumeurs les plus volumineuses et les plus anciennes. — A l'autopsie, on a rencontré des masses cancereuses dans la plèvre, le péricarde et le cœur ; quant aux capsules surrénales, elles sont du volume d'une grosse noix, présentant à la coupe le même aspect que les autres tumeurs. Ces dernières sont brunâtres, composées de tissu fibroïde très-dense, de matière amorphe, de granulations graisseuses et de vaisseaux tiraillés en divers sens, avec quelques coagulums fibrineux. — M. Demarquay se demande si ce fait ne serait pas une variété de la maladie d'Addison.

De la chlorose, par M. E. Mignot. (Thèses de Paris, n° 59.)

De la chlorose, par M. Boucomont. (Thèses de Paris, n° 81.)

Cette thèse est divisée en deux parties; dans la première, l'auteur étudie avec détail les symptômes de la chlorose; dans la seconde il en distingue trois formes : 1° la chlorose avec troubles de la menstruation; 2° la chlorose nerveuse ou hystérique; 3° la forme pléthorique. Il donne les indications et les contre-indications qui répondent à chaque forme.

De la chlorose, par M. Pietresson. (Thèses de Paris, n° 82.)

De la chlorose considérée surtout au point de vue historique et dogmatique. — Diagnostic de cette affection. — Remarques sur le rhumatisme musculaire, par M. Miliault. (Thèses de Paris, n° 182.)

Bonne étude de la chlorose. Parmi les points les plus saillants, nous citerons l'historique qui est très-complet, et la partie du diagnostic dans laquelle l'auteur donne les signes des paralysies chlorotiques. — M. Millault termine sa thèse par quelques réflexions sur le rhumatisme musculaire. Il rapporte sa propre observation, et croit pouvoir conclure que l'anémie et le repos des muscles sont les causes du rhumatisme musculaire, parce qu'ils produisent un refroidissement interne. Il suit de là que les bains de vapeur, les frictions, etc., mais par-dessus tout la gymnastique, forment la base du traitement.

Pathogénie de la chlorose, par M. Von Maak.
(Arch. für Wissensch. Heilkund.)

Cette théorie repose sur ce fait, découvert par M. Lehmann, que l'hématine, comme la salicine, est un composé saccharin, et a, par conséquent, besoin du sucre pour sa formation. Dès que la formation du sucre dans le foie est diminuée ou supprimée, celle de la substance colorante et des corpuscules rouges du sang sera arrêtée. Il faudrait donc voir dans l'absence ou la diminution du sucre sécrété par le foie la véritable cause de la chlorose. — De cette théorie, l'auteur tire les conséquences pratiques suivantes : — La chlorose doit être traitée par le sucre et par tous les moyens qui favorisent et rétablissent la sécrétion sucrée du foie. Le fer à hautes doses rentre dans cette dernière catégorie, d'où l'utilité de son emploi dans la chlorose. — La thérapie de la chlorose consiste donc, d'une part, dans l'observance d'un régime approprié, l'emploi du sucre de raisin et du miel, et, d'autre part, dans l'usage, indépendamment de celui du fer, de l'eau

froide, boisson déjà préconisée par Petters dans le traitement du diabète sucré.

Traitement de la chloro-anémie par la fève de Saint-Ignace seule ou associée au fer, par M. Eisenmann. (Bulletin général de Thérapeutique, t. LVII, p. 241.)

Suivant l'auteur, la chlorose est une affection nerveuse primaire, et l'altération du sang n'est qu'un phénomène secondaire, résultant de l'innervation morbide. — Cette théorie conduit à l'emploi des médicaments qui peuvent agir sur la moelle. Voici la formule donnée par M. Eisenmann :

Poudre de fèves de Saint-Ignace.	0,06
Lactate de fer ou limaille de fer porphyrisée.	0,18
Rhubarbe.	0,18 à 0,24
Oléo-saccharure de menthe poivrée.	0,36

Mêler. Prendre deux paquets par jour. Avec cela, régime nourrissant et tonique, exercice en plein air.

Anatomie pathologique et traitement de l'anémie, par M. Ayres. (North-American med.-chir. Review, et Gazette médicale, p. 207.)

M. Ayres croit que les globules sanguins sont non-seulement diminués en quantité, mais encore altérés. — Il est des cas aigus où le fer ne peut être supporté, et où il n'agirait qu'avec trop de lenteur. Dans ces cas, M. Ayres emploie avec succès le nitrate d'argent suivant la formule :

Nitrate d'argent.	0gr,65
Extrait de ciguë.	1 ,30
Sirop de Tolu.	65 grammes.

Une cuillerée à café toutes les six heures.

Arsenic contre la chlorose, l'atonie, la dyspepsie, par M. Bourguignon. (Société médicale de la Seine, 4 mars, et Gazette hebdomadaire, p. 238.)

M. Bourguignon regarde l'arsenic comme un excellent stimulant du système nerveux ; il en a retiré d'excellents effets dans la chlorose, la dypsnée, etc. Il donne matin et soir, pour les enfants, une goutte de liqueur de Fowler ; pour les adultes, deux gouttes.

Influence de l'huile de foie de morue sur la proportion des globules rouges du sang, par M. Th. Thompson. (The Lancet, et Gazette hebdomadaire, p. 508.)

Quand l'huile de foie de morue produit de bons effets, le sang

devient plus riche en globules rouges.— Expériences pour prouver cette proposition.

De l'aglobulie, par M. Marchand. (Gazette des hôpitaux, p. 139.)

L'auteur rappelle un mémoire qu'il a publié en 1844, dans lequel il montrait la corrélation existant entre l'aglobulie et les affections nerveuses.

Sur la maladie de Basedow (*cachexie exophthalmique*), par M. J.-M. Charcot. (Gazette hebdomadaire, p. 216.)

Dans cet article, M. Charcot analyse les travaux de Hirtsch, de Prael et de Graefe. — A mesure que les observations se multiplient, il semble se confirmer que les lésions organiques ou fonctionnelles dont il s'agit ici, palpitations cardiaques, exophthalmie, tumeur thyroïdienne, etc., sont réunies les unes aux autres par quelque lien commun et reconnaissent une même origine ; qu'elles s'enchaînent suivant certaines lois, et se succèdent dans un certain ordre ; qu'elles constituent enfin un ensemble bien déterminé de phénomènes pathologiques, qui, quant à présent, ne saurait être rattaché directement ou indirectement à aucune des maladies connues, et qui, par conséquent, peut être élevé, du moins provisoirement, au rang des espèces morbides distinctes. — Il voudrait qu'on donnât à cette affection le nom de *maladie de Basedow*, qui trancherait bien des difficultés, et qui aurait, entre autres, l'avantage de rappeler qu'on doit à M. le docteur Basedow la première description de la maladie.

De l'exophthalmos cachectique, par M. P. Fischer. (Archives générales de médecine, décembre, p. 652.)

Ce travail est très-complet ; il a été écrit pour démontrer que l'exophthalmos est dû très-généralement à une affection des liquides de l'économie (chloro-anémie, albuminurie) ; il annonce que la maladie est poussée très-loin, et il est le produit d'hypertrophies congestives, ou de suffusions séreuses du tissu cellulaire de l'orbite ; — que la maladie de Basedow n'existe pas en tant qu'entité morbide ; les symptômes qu'on lui attribue ne sont que des effets éloignés de l'anémie.

La scrofule chez les vieillards. — Considérations sur les doctrines médicales, par M. E. Lécorché. (Union médicale, t. IV, p. 195.)

Analyse des travaux de M. Dumoulin (1854).

Etudes cliniques sur les scrofules, par M. Forget. (Strasbourg, imprimerie Silbermann ; in-8, 23 pages.)

De l'albuminurie comme symptôme dans les maladies, par M. Hue. (Thèses de Paris, nº 124.)

Cette thèse est divisée en quatre parties : 1º Moyens de reconnaître la présence de l'albumine; 2º Valeur séméiologique de l'albuminurie passagère; 3º Valeur séméiologique de l'albuminurie persistante; 4º Accidents nerveux qu'on observe dans l'albuminurie passagère et l'albuminurie persistante ; leur cause.

De l'ascite (*hydropéritonie*), par M. Durand. (Thèses de Paris, nº 26.)

De la néphrite albumineuse aiguë, par M. Thibault. (Thèses de Paris, nº 48.)

Etiologie de la néphrite parenchymateuse (*maladie de Bright*), par M. Rosenstein. (Archiv für pathologische Anatomie, t. XLV, p. 110, et Gazette hebdomadaire, p. 44.)

M. Rosenstein a fait sur ce sujet de nombreuses recherches qui l'ont conduit aux résultats suivants : La maladie de Bright est très-rarement idiopathique; le plus souvent, elle succède à une maladie générale qui crée des obstacles circulatoires, ou qui appauvrit le sang en faisant languir la nutrition. Dans un certain nombre de cas, elle ne débute pas par la substance corticale, mais par les canalicules droits, dont l'inflammation catarrhale est le fait primitif; en se propageant à la corticale, elle aboutit à l'inflammation parenchymateuse qui, dans d'autres circonstances, n'est qu'une terminaison de l'inflammation croupale.

Maladie de Bright, par M. Gellé. (Bulletin de la Société anatomique, p. 443 ; 1858.)

Reins présentant le dernier degré de cette affection ; ils sont petits, atrophiés, ratatinés, offrant des irrégularités à leur surface. La plus grande partie de leur substance corticale a disparu. Ces reins ont été rencontrés sur le cadavre d'une femme de trente ans, morte de pleuropneumonie, chez laquelle on n'a pas constaté trace d'œdème pendant la durée de sa maladie. L'urine recueillie dans la vessie après la mort ne renfermait pas d'albumine.

Dégénérescence granuleuse des reins sans hydropisie, par M. H. Williams. (Gazette hebdomadaire, p. 156.)

La malade est morte avec des convulsions et du coma ; il n'y avait jamais eu trace d'œdème. Les reins offraient à un degré très-avancé les altérations de la maladie de Bright.

Forme suppurative ou non tubulaire de la maladie de Bright, par M. Basham. (Gazette médicale de Lyon, p. 418.)

Dans cette forme rare de la maladie de Bright, les symptômes de l'albuminurie existent ; il y a en outre un sédiment purulent non tubulaire. L'auteur rapporte un exemple de cette affection. A l'autopsie, on a constaté l'état purulent dans les diverses parties des reins ; c'était, à n'en pas douter, le résultat de la fonte ou ramollissement purulent ordinaire, transformation dont les produits inflammatoires sont particulièrement susceptibles, mais qui, dans la maladie de Bright, s'observe rarement, ou si partiellement, et dans une si faible étendue, que cet état échappe à l'exploration, ou ne se laisse apercevoir que sous la forme de cellules de pus mêlées au dépôt granuleux expulsé des reins pendant la vie.

Albuminurie passagère sans lésion rénale se montrant dans une foule de cas morbides différents, par M. Abeille. (Moniteur des sciences, p. 285.)

Différentes maladies se compliquent d'une albuminurie passagère dont la durée est toujours très-limitée. M. Abeille pense que ces albuminuries existent sans lésion matérielle des reins. On sait que MM. Vernois et Becquerel avaient posé une loi inverse.

Albuminurie dans quelques maladies infectieuses ou contagieuses, caractérisées par une altération du sang, et dans la fièvre puerpérale en particulier, par M. Abeille. (Gazette médicale, p. 305.)

Cet article défend, comme le précédent, l'existence de certaines albuminuries, sans lésion des reins ; il contient en outre deux observations de fièvre puerpérale avec albuminurie et une observation d'albuminurie persistante dans une grossesse où la malade eut aussi, à la suite des couches, quelques accidents puerpéraux.

Albuminurie compliquée d'amaurose incomplète et d'éclampsie. — Ossification entre les deux feuillets de la faux du cerveau, par M. Allamargot. (Gazette de hôpitaux, p. 37.)

Albuminurie avec accidents cérébraux, par M. Baudot. (Société anatomique, p. 34.)

Du tannin à haute dose dans l'anasarque albumineuse, par M. Garnier. (Archives générales de médecine, janvier, p. 18.)

Dans ce mémoire intéressant, M. Garnier appelle l'attention

des praticiens sur l'emploi du tannin à haute dose dans l'anasarque albumineuse. Dans trois cas qu'il rapporte et qu'il rapproche de certaines observations analogues colligées dans les divers recueils, M. Garnier a employé avec succès la formule suivante :

Tannin.	2 grammes.
Eau distillée. . . . . . . }	ãã 30 —
Sirop de quinquina . . . . }	

Trois cuillerées à bouche par jour.

M. Garnier résume son travail dans les conclusions suivantes : — Le tannin, à la dose de 2 à 4 grammes par jour, guérit l'anasarque ou l'œdème développé passivement et coïncidant avec des urines albumineuses. — Son action curative se manifeste par des urines abondantes, reprenant peu à peu leurs caractères physiologiques ; de la transpiration, des évacuations alvines faciles, de l'appétit, etc. — Ces signes apparaissent dès le second jour de l'administration du tannin. — Donné en solution de 20 à 50 centigrammes à la fois, le tannin ne donne lieu à aucun accident sur les voies digestives. — L'action du tannin paraît s'exercer primitivement sur les liquides de l'économie, dont il coagule et plastifie les principes albumineux ; son action sur les solides paraît être consécutive, tonique et astringente.

Anasarque albumineuse. — Guérison par le tannin à haute dose, par M. Alvarenga. (Gazetta medica, mai, et Union médicale, t. III, p. 207.)

Traitement des hydropisies par l'écorce de racine de sureau, par M. Reyssié. (Journal de médecine de Bruxelles, mars.)

M. Reyssié prescrit depuis longtemps, comme purgatif, le sureau ainsi préparé : il prend une racine fraîche de cet arbuste, il la lave, il en ratisse l'écorce jusqu'au bois, il exprime les ratissures et en retire un jus dont l'abondance varie suivant la saison. Une cuillerée à café de ce jus dans un peu d'eau sucrée ou du bouillon suffit, en général, pour purger un adulte ; mais, comme ce purgatif ne détermine ni coliques, ni accident d'aucun genre, la dose, chez un hydropique, peut être portée sans inconvénient à une cuillerée à bouche, et produit alors de vingt à trente selles souvent très-copieuses. — Sous l'influence de la cuisson, l'écorce perd ses propriétés purgatives et devient très-diurétique. — Avec cette nouvelle propriété, elle est encore très-active dans les hydropisies.

Médication hydragogue dans le traitement de l'hydropisie par infiltration, par épanchement dans les cavités séreuses de la poitrine ou de l'abdomen, par M. Champouillon. (Gazette des hôpitaux, p. 553, 566, 579.)

Cette médication a donné de bons résultats à M. Champouillon, qui se sert habituellement de la formule suivante :

Pilules.	Résine de scammonée.	10 centigrammes.
	Gomme-gutte.	15 —
	Scillitine	1 —
	Huile de croton-tiglium. . . .	1/2 goutte.
	Acide tartrique	1 décigramme.
	Suc d'ail comme excipient. . .	Q. S.

Pour quatre pilules à prendre en une seule fois.

M. Champouillon a eu à se louer de l'emploi de ces pilules, toutes les fois que l'état du malade lui a permis d'exercer sans danger une puissante révulsion sur les organes digestifs. Il a trouvé également un adjuvant utile à leur action dans l'emploi de l'eau minérale de la Mléta, source saline récemment découverte dans la province d'Oran (Algérie), et dont les effets diurétiques ont été constatés déjà chez un assez grand nombre de malades.

Hydropisie ascite, par M. E. Chairou. (Union médicale, t. IV, p. 275.)

Cette ascite était consécutive à une endocardite chronique ; deux ponctions ; guérison par la diète lactée.

Emploi du café comme diurétique dans les hydropisies.
(Répertoire de Pharmacie, juillet.)

Le café a des propriété diurétiques ; il est tonifiant de l'intestin. On pourrait l'utiliser contre les hydropisies.

Collection liquide dans les parois abdominales, prise pour une ascite, par M. Frolich. (Archives générales de médecine, p. 97, janvier.)

Hydropisie ascite, par M. Letenneur. (Gazette des hôpitaux, p. 278.)

Injection iodée; introduction de l'air dans le péritoine. Guérison.

Matière colorante bleue de l'urine, par M. Kletzinsky.
(Wiener Medizin Wochenschrift, et Gazette hebdomadaire, p. 813.)

L'auteur prouve l'identité de cette matière avec l'indigo. Ce fait déjà soupçonné n'avait pas encore été prouvé.

Urines bleues dans l'albuminurie, par M. Legroux.
(Société médicale des hôpitaux, 11 mai, et Union médicale, t. I, p. 589.)

En 1854, M. Gubler avait découvert que les urines des cholé-

riques devenaient bleues lorsqu'on versait lentement et en grande quantité de l'acide nitrique dans ces urines. — M. Legroux a été très-surpris de constater que le même phénomène se montrait dans presque toutes les albuminuries, lorsque les urines étaient traitées suivant les règles posées par M. Gubler. — M. Gubler répond qu'avant d'avoir fait des recherches suffisamment nombreuses, il avait cru que les urines bleues (*indigosurie*) étaient le privilége de l'affection asiatique ; mais qu'il s'est assuré depuis, par des milliers d'observations faites journellement sur les malades de l'hôpital Beaujon, qu'il s'était trop pressé de conclure, et qu'il peut déclarer que, sous l'influence de l'acide nitrique, il se développe une coloration bleue dérivée de l'indigo dans toutes les urines des maladies graves, et en particulier dans celles qui s'accompagnent de fièvre, des fièvres typhoïdes, des scarlatines, varioles et rougeoles graves, dans l'albuminurie, et surtout l'albuminurie aiguë. — La couleur bleue n'est pas liée avec la présence de l'albumine en nature dans l'urine ; la matière transformable en matière bleue est sans doute azotée, et dérive des matières albuminoïdes du sang. — M. Gubler pense que, d'après la nuance de la coloration, on peut juger de l'intensité des troubles de la crase sanguine dans les maladies.

Constatation de l'albumine dans l'urine, par M. Gubler.
(Société médicale des hôpitaux, 11 mai ; Union médicale, t. II, p. 589.)

Parmi les causes d'erreur qui environnent la constatation de l'albumine, M. Gubler signale la suivante : Etant donné un liquide coagulable par la chaleur, si, après avoir versé de l'acide azotique, on décante la partie supérieure du liquide restée transparente, et qu'on la soumette à l'ébullition, on peut ne pas obtenir de coagulation, bien que le précipité obtenu par l'acide soit réellement formé d'albumine. Une goutte d'acide nitrique, ajoutée dans le tube de verre où vient de s'accomplir l'ébullition, ne change rien au phénomène ; une seconde goutte détermine une trace opaline qui disparaîtra encore par l'agitation ; enfin, si l'on ajoute successivement cinq ou six gouttes d'acide, le précipité se prononcera de plus en plus et deviendra permanent.

Urines chyleuses ou albumino-graisseuses, par M. Sée. (Société médicale des hôpitaux, 23 février, et Union médicale, p. 112.)

Indication d'une observation que nous n'avons pas trouvée publiée.

Phlegmasies aiguës de la peau dans le cas d'œdème, par M. Beau.
(Gazette des hôpitaux, p. 133.)

Du diabète sucré et principalement de ses causes et de son traitement, par M. Ollivier. (Thèses de Paris, nº 140.)

Quelques considérations sur un cas de glycosurie déterminée par une tumeur colloïde renfermée dans le quatrième ventricule, par M. Levrat (Thèses de Paris, nº 110.)

Travail intéressant divisé en deux parties. — Première partie. — Exposition concise des expériences de M. Bernard sur le quatrième ventricule ; rapport d'observations venant à l'appui de ces expériences. — Deuxième partie. — L'auteur rapporte les différents faits cliniques qui, quoique privés d'examen cadavérique, font soupçonner néanmoins une origine cérébrale de la glycosurie. — Conclusions : Le diabète est souvent le symptôme d'une affection cérébrale ; dans ce cas, il est habituellement accompagné et souvent même précédé de troubles de la vue et de la motilité ; il est alors le résultat d'une lésion siégeant au quatrième ventricule. Parmi ces lésions, on observe la commotion, la congestion, le ramollissement, l'hémorrhagie, la production des tumeurs.

Abcès du cerveau et abcès du cervelet communiquant avec le quatrième ventricule; sucre dans les urines, par M. Ulrich. (Deutsche Klinik et Gazette hebdomadaire, p. 732.)

Le titre indique assez la portée de cette observation.

Diabète consécutif à un coup sur la tête, par M. Todd. (Medical Times and Gazette.)

Une femme, depuis peu confiée aux soins du docteur Todd, à King's College, pour être traitée des suites d'une violence extérieure sur la tête, a présenté un exemple intéressant de la présence du sucre dans l'urine, consécutivement à la commotion des organes encéphaliques. Tombée dans un escalier, elle avait été apportée à l'hôpital, présentant de nombreuses contusions du cuir chevelu avec une hémiplégie et de la roideur du côté droit. L'urine, examinée le vingtième jour, avait une pesanteur spécifique de 1021, et contenait une petite quantité de sucre. Le sucre diminua ensuite dans une mesure imperceptible, et la pesanteur spécifique tomba. La paralysie du mouvement ne disparut pas, et les muscles affectés subirent un certain degré d'atrophie. Il n'y avait aucun motif de supposer que le sujet de cette observation fût diabétique avant son accident.

Du diabète dans ses rapports avec les maladies cérébrales, par M. Fritz. (Gazette hebdomadaire, p. 264, etc..)

Cet excellent mémoire, plein d'érudition, peut être résumé

dans les propositions suivantes : — Le diabète peut être l'effet ou le symptôme de certaines lésions matérielles, traumatiques ou autres, de l'encéphale. Celles-ci peuvent également produire une glycosurie plus ou moins prononcée sans que l'urine présente d'ailleurs aucun des caractères propres au diabète classique, ou bien encore une polyurie simple. Enfin le diabète insipide peut remplacer un diabète d'origine cérébrale. — Nous ne connaissons ni le siége précis, ni la nature des lésions qui, affectant les centres nerveux, donnent lieu à un véritable diabète, et nous ne savons pas comment elles le produisent. Elles paraissent porter, le plus souvent, sur les renflements postérieurs du cerveau ou sur la moelle allongée ; mais il est infiniment probable qu'elles peuvent occuper des points très-variés de l'encéphale, et même la partie supérieure de la moelle épinière.— Dans deux cas seulement, on a constaté anatomiquement, comme cause d'une glysocurie simple (non accompagnée des symptômes du diabète), une myélite multiple et une méningite rachidienne. — Le diabète consécutif à une lésion traumatique du cerveau peut survenir sans avoir été précédé d'aucun trouble appréciable dans les fonctions du cerveau ; mais, dans la majorité des cas, on a observé avant son invasion, lente ou aiguë, les symptômes de la commotion cérébrale. Les autres affections nerveuses qui peuvent produire un diabète s'accompagnent assez souvent de convulsions. — Le diabète et la glycosurie peuvent être également la conséquence d'une altération simplement fonctionnelle des centres nerveux, et il est très-probable que celle-ci peut être produite, dans certaines circonstances, par l'irradiation d'un état pathologique des ramifications nerveuses périphériques. — Les symptômes du diabète d'origine cérébrale n'ont pas différé sensiblement de ceux du diabète ordinaire, mais sa durée a été en général courte, et sa terminaison, dans la majorité des cas, favorable. — La première indication, dans le traitement de cette affection, est de modifier l'état des centres nerveux.

Inosite remplaçant le sucre dans les urines d'un diabétique, par M. Hohl. (Archiv für physiologische Heilkunde, et Gazette hebdomadaire, p. 221.)

L'auteur a rencontré de l'inosite dans les urines d'un diabétique ; cette substance augmentait de quantité à mesure que le sucre diminuait. Il croit que le sucre de raisin peut se transformer dans l'économie en inosite.

Moyen de reconnaître et de doser le sucre des urines chez les diabétiques, par M. Fauconneau-Dufresne. (Union médicale, t. III, p. 120-134.)

L'auteur décrit les différents moyens de reconnaître et de

doser le sucre: il pense que, pour l'usage ordinaire des praticiens, l'épreuve par la potasse caustique ou par le lait de chaux suffit pour s'assurer de la présence du glycose dans l'urine. Un tube de verre ou un petit ballon, une lampe à esprit de vin, de la potasse caustique ou un flacon contenant du lait de chaux, tels sont les seuls objets nécessaires. — Les deux procédés qu'il recommande pour mesurer la quantité du sucre exigent un peu plus de soins. Cependant la manipulation avec la liqueur de Fehling est facile, et, au moyen du tableau, le résultat est promptement obtenu ; son emploi a l'avantage de n'être pas dispendieux. On acquiert rapidement l'habitude d'employer les polarimètres; mais ils ont l'inconvénient de coûter très-cher.

Nouveaux cas d'affections inflammatoires ou nécrosiques compliquant le diabète, par M. Greisinger. (Archives générales de médecine, août, p. 226.)

Trois nouvelles observations.

Gangrène glycohémique et diabète, par M. H. Musset. (Union médicale, t. III, p. 518.)

L'auteur publie deux nouvelles observations et les fait suivre de réflexions qu'il résume ainsi : — Pour ce qui est de la gangrène spontanée : si le diabète ne conduit pas à la gangrène, par contre, celle-ci reconnaît pour cause le diabète, ou mieux, l'élément morbide qui engendre cette dernière maladie et que je considère comme une névrose. — L'étude de la gangrène spontanée relève tout entière de la pathologie interne. — Les indications thérapeutiques seront donc substituées aux indications chirurgicales dans le traitement de cette maladie, qui existe comme conséquence du diabète au même titre que la phthisie, que l'amaurose, que l'anéantissement des fonctions génératrices, de la surdité, etc., etc. — Pour ce qui est du diabète : — La présence seule du sucre dans l'urine ne peut autoriser à admettre l'existence du diabète, et sa disparition, par conséquent, est sans valeur sur le pronostic de cette maladie.—Le sucre se fabriquant normalement dans l'économie, il en résulte qu'une théorie qui, pour expliquer sa présence anormale dans l'urine au milieu de circonstances pathologiques et physiologiques si nombreuses et si dissemblables, se baserait uniquement sur les troubles de la digestion et sur un état morbide du foie, alors que les personnes glycosuriques n'en ont accusé le moindre symptôme, cette théorie serait fatalement fausse.— Le diabète est occasionné par une névrose venant troubler l'ordre harmonique des fonctions glycogéniques.

Gangrène glycohémique et diabète, par M. Fauconneau-Dufresne. (Union médicale, t. III, p. 594.)

Réponse à l'article précédent. L'auteur n'admet pas que la gangrène spontanée soit toujours liée au diabète, etc.

Diabète sucré et inflammation charbonneuse, par M. Wagner. (Archiv für path. Anat. und Physiol., et Union médicale, p. 79, t. I.)

M. Wagner a examiné l'urine de cinquante-deux individus atteints de charbon, de furoncles, d'érysipèle, d'érysipèle phlegmoneux, sans y avoir découvert de sucre. Deux seuls cas d'inflammation charbonneuse de la face et de la tête, ayant déterminé la mort, lui ont donné un résultat positif.

Lésions de la rate dans la leucocythémie, par M. Luys. (Société de biologie et Gazette médicale, p. 741.)

Ces lésions sont l'augmentation de volume énorme des corpuscules de Malpighi; la disparition de la matière colorante rouge du parenchyme de ces corpuscules, avec infiltration au milieu de leurs mailles d'un dépôt granuleux blanchâtre; l'altération identique des parois des capillaires qui se rendent aux corpuscules et qui en sortent.

Observations de leucocythémie splénique, par M. Oppolzer. (Archives générales de médecine, p. 613.)

Leucocythémie, par M. Isambert. (Société de biologie et Gazette médicale, p. 115.)

Une observation n'offrant rien de particulier.

Augmentation subite des globules blancs du sang dans la période ultime des cachexies, par M. Gubler. (Union médicale, t. III, p. 5 et 15.)

Les leucocytes, restés en proportion et même en quantité normale pendant longtemps dans le cours d'une maladie cachectique, peuvent augmenter tout à coup de nombre, au point de constituer du jour au lendemain un état leucémique bien caractérisé. A l'appui de cette proposition, M. Gubler cite deux observations.— Fièvre intermittente contractée en Algérie. Récidives; cachexie palustre; globules blancs du sang en proportion sensiblement normale; accidents ultimes constitués par de la fièvre continue et de la pneumonie du côté droit avec ictère hémaphéique. Alors augmentation subite de la proportion des leucocytes. Mort.

Observation d'hydrophobie spontanée chez l'homme, par M. Tisseire, (Gazette médicale de l'Algérie, et le Progrès, p. 278.)

Un soldat de la garnison de Laghouat se présenta à la visite de l'auteur, offrant depuis deux oú trois jours une difficulté croissante pour boire, de la répugnance pour la vue des liquides, des accès d'étouffement de deux espèces, une soif vive, un grand malaise et de la tristesse. On constata la réalité de ces diverses plaintes et l'absence complète de morsure de chien. Le lendemain, le malade demandait à être isolé pour ne pas mordre ses compagnons, et fut pris de vrais accès, pendant lesquels il éloignait les assistants, de peur de se laisser aller à les mordre, et laissait échapper de l'écume. Le surlendemain, il mourut, après que les accès se furent rapprochés de plus en plus. A l'autopsie, on trouva une grande quantité d'écume séro-sanguinolente dans la bouche, le larynx, la trachée et les grosses bronches; nulle trace des prétendues pustules rabiéiques, mais fort développement des papilles caliciformes situées à la base de langue; d'ailleurs absence complète de lésions.

Rage spontanée, Gazette médicale de Lyon, p. 51.)

Maladie singulière simulant la rage chez un cheval, paraissant déterminée par une cause morale, par M. Bouley. (Moniteur des sciences, p. 417.)

Cas de morve aiguë, par M. Gubler. (Union médicale, t. III, p. 523, et Gazette médicale, p. 584.)

Une observation ne présentant rien d'extraordinaire quant à la marche et aux symptômes. — Du pus pris dans l'articulation du genou et inoculé à un cheval a donné des résultats positifs. — On n'a pas pu découvrir comment le sujet de cette observation, palefrenier, avait contracté la maladie. Dans les écuries qu'il fréquentait, il n'y avait pas trace de morve. — M. Gubler passe en revue quelques affections avec lesquelles la morve pourrait être confondue.

Morve aiguë développée au bout d'un mois de séjour dans la salle chez un malade du service, par M. Boudet. (Gazette des hôpitaux, p. 194.)

Ce malade avait contracté la maladie par infection. Au début et pendant le mois qui précéda l'apparition des caractères de la

morve, le diagnostic ne put être posé d'une manière précise. La période d'incubation a duré d'un mois à six semaines ; elle a été marquée par des douleurs musculaires, de la faiblesse, de la fétidité de l'haleine, etc.

De la coccyodynie, par M. Simpson. (Medical Times, 2 juillet, et Gazette hebdomadaire, p. 620.)

M. Simpson a observé assez souvent cette affection, qui a passé inaperçue de la généralité des pathologistes ; tous ses malades étaient des femmes, et rapportaient l'origine de leur mal soit à un refroidissement, soit à une cause traumatique. — Le symptôme le plus important est une douleur vers le coccyx éprouvée par la malade à chaque mouvement qu'elle fait pour se lever ou pour s'asseoir, persistant quelquefois pendant qu'elle est assise, et pouvant alors devenir assez violente pour empêcher complétement cette attitude. D'autres fois, la douleur devient surtout intolérable pendant l'expulsion des matières fécales, ou pendant les autres actes qui sollicitent les contractions du sphincter et du releveur de l'anus, ou des muscles ischio-coccygiens. — La douleur est toujours exaspérée par la pression exercée sur le coccyx, et par l'un ou plusieurs des mouvements que l'on peut imprimer à cet appendice. Sa durée est souvent très-considérable, de plusieurs années ; assez légère chez quelques sujets, elle acquiert chez d'autres une intensité horrible ; elle présente d'ailleurs, chez la même malade, des oscillations assez considérables. — M. Simpson n'a pu jusque-là déterminer le siége précis de la coccyodinie, et il a vu échouer contre elle un grand nombre de médications. — Les moyens médicaux ayant échoué, M. Simpson en est arrivé à faire la ténotomie sous-cutanée de tout le tissu tendineux qui s'insère au coccyx.

De la myosite, par M. Fischer. (Paris, A. Delahaye ; in-8, 41 pages.)

Bon travail sur un sujet encore peu connu ; l'auteur divise les myosites en cinq classes ; cette division fait suffisamment connaître les idées de l'auteur : —La première, *myosite symptomatique*, se montre comme manifestation d'une maladie générale. — La deuxième, *myosïte par contiguïté*, survient par la propagation de l'inflammation d'une partie du tissu cellulaire des muscles voisins. — La troisième, *myosite traumatique*, succède à une blessure, une amputation qui met la substance musculaire à nu, ou suit une rupture, une section musculaire sous-cutanées. — La quatrième, *myosite spontanée aiguë*, se développe d'emblée, et présente la marche et les symptômes d'une phlegmasie simple.

— La cinquième, *myosite spontanée chronique*, est une affection non encore décrite, différant de la précédente par des caractères tranchés.

Myosite suppurée suite de fatigue musculaire, infection purulente, mort, par M. Gellé. (Bulletin de la Société anatomique, p. 414; 1858.)

Quelques mots sur le rhumatisme des viscères, par M. Vignal. (Montpellier médical, septembre, p. 193.)

L'auteur passe en revue la plupart des viscères; il veut établir que le rhumatisme ne saurait être considéré comme une maladie d'organes ou de tissus spéciaux; qu'affection générale intéressant toute l'économie, il peut se manifester partout, soit primitivement, soit consécutivement; que la lésion locale est toujours sous la dépendance d'un état général; que le changement de siége n'amène aucun changement dans la nature de la maladie; qu'un même traitement empirique ne saurait être appliqué à tous les cas.

Du rhumatisme articulaire aigu et de son traitement, par M. H. Borde. (Thèses de Paris, n° 7.)

Recherches cliniques sur l'arthrite rhumatismale et sa coïncidence avec l'inflammation des membranes séreuses du cœur, par M. Auburtin. (Journal du Progrès, p. 8, 32.)

Ce travail est fait d'après les idées de M. Bouillaud; il nous paraît inutile de les exposer ici.

Traitement du rhumatisme articulaire aigu, par MM. Fingham et Inman, etc. (British med. Journal et Gazette médicale, p. 91.)

Compte rendu de quelques traitements adoptés en Angleterre: les alcalins, le jus de citron, l'opium, etc.

Modes du traitement du rhumatisme articulaire aigu, par M. Bonnetat. (Toulouse, Ratier, in-8, 32 pages.)

Traitement des rhumatismes par l'emploi du vin ou de la teinture de colchique opiacés, par M. Eisennmann. (Bulletin général de Thérapeutique, t. LVI, p. 72.)

L'auteur admet que les causes morbifiques des rhumatismes déterminent une modification spécifique dans la disposition moléculaire des centres nerveux psychiques et organiques, et que, d'un autre côté, le colchique, associé à l'opium, produit dans les centres nerveux une modification spécifique qui détruit la pre-

mière. Quoi qu'il en soit de cette explication, M. Eisenmann a retiré de prompts et efficaces résultats de l'association de ces deux médicaments ; l'opium augmente la vertu curative du colchique et il en neutralise les effets toxiques.

Du rhumatisme articulaire aigu et de ses complications, par M. Labastide. (Thèses de Paris, nº 181.)

Des affections qui accompagnent le rhumatisme aigu et de celles qui le suivent, par M. J. Dumont. (Thèses de Paris, nº 208.)

Arsenic contre les rhumatismes chroniques, par M. Begbie. (Bulletin de Thérapeutique, t. LVI, p. 540.)

L'auteur rapporte des observations dans lesquelles l'arsenic s'est montré efficace, plus particulièrement dans le rhumatisme goutteux. Liqueur de Fowler : 5 gouttes, après chaque repas ; augmenter la dose de 1 goutte tous les trois jours.

Propylamine contre les affections rhumatismales, par M. Awenarius. (Union médicale, t. I, p. 101.)

La propylamine, obtenue de la saumure de harengs, de l'huile de foie de morue, du seigle ergoté, de l'urine de l'homme, etc., paraît, selon l'auteur, être un vrai spécifique contre les affections les plus diverses d'origine rhumatismale.

Forme et dose : R. Propylamine. . . . . . . 24 gouttes.
Eau distillée. . . . . . . 6 onces.

Ajouter en cas de besoin :

Oléo-saccharure de menthe poivrée . . . . 2 onces.

A prendre une cuillerée à soupe de deux en deux heures.

Rhumatisme guéri par un érysipèle, par M. Gintrac. (Journal de médecine de Bordeaux, mai.)

Rhumatisme guéri par le sulfate de quinine, par M. Gintrac. (Journal de médecine de Bordeaux, mai.)

Rhumatisme aigu; acide citrique. (Gazette des hôpitaux, p. 536 ; Annales médicales de la Flandre occidentale.)

M. Hartieng fit prendre, dans un temps qui varia de quinze à trente-six heures, 20 grammes d'acide étendus de 250 grammes d'eau et de 75 à 100 grammes de sirop ; pendant ce temps, le

malade pouvait boire de l'eau fraîche à discrétion : la partie malade était enveloppée d'ouate. M. Hartieng a appliqué jusqu'ici ce traitement à quarante-cinq cas de rhumatisme, dont plusieurs très-violents. Dans deux cas seulement, on n'en a obtenu qu'un avantage peu prononcé; dans tous les autres, les résultats ont été très-favorables. On a souvent observé une diminution considérable des douleurs et de la fièvre au bout de vingt heures, mais presque toujours après un intervalle d'un à trois jours. La guérison complète survenait au bout de dix à quinze jours, sans toutefois qu'on fût dispensé d'opposer un traitement symptomatique ultérieur, à plusieurs états morbides qui persistaient, tels que constipation, insomnie, gonflement, roideur, etc. D'ailleurs, les malades prennent volontiers ce remède, qui ne gêne pas l'estomac, ne produit pas de diarrhée, et qui, loin de supprimer la transpiration, a plutôt pour effet de l'aider modérément.

Observations de rhumatismes et de névralgies traités et guéris par la médication hydrothérapique, par M. Chautard. (Progrès, p. 596.)

Affections rhumatismales; *huile d'ail*, par M. Landerer.
(Echo médical suisse, et Gazette des hôpitaux, p. 608.)

D'après M. Landerer, l'huile d'ail est employée en Orient par le peuple, à titre de remède antirhumatismal. Voici comment cette huile se prépare : les aulx, complétement séparés de leur pelure, sont enveloppés dans un linge et suspendus ainsi dans un vase, dans le fond duquel est contenue un peu d'eau, de manière qu'ils ne bouillent que dans la vapeur. Après plusieurs heures, les aulx s'amollissent et forment une pâte qu'on sort et comprime fortement. Ce jus est l'huile d'ail, qui possède une telle force, que les parties du corps qu'on frictionne deviennent rouges et se couvrent d'ampoules. Son action sur les rhumatismes passe pour être remarquable.

Paralysie rhumatismale, par M. Dudley.
(British medical Journal, et Gazette médicale, p. 90.)

Une observation de paralysie de tous les muscles de la volonté, arrivée à la suite d'un rhumatisme généralisé, pendant le cours duquel le malade a eu du délire. Pas de paralysie de la sensibilité.

Psychologie du rhumatisme aigu, par M. Werlock. (The North-Amer. med.-chir. Review, et Gazette médicale de Lyon, p. 77.)

D'après l'auteur, chaque accès de rhumatisme aigu est immédiatement précédé d'une condition mentale particulière. Dans

cette singulière théorie, qui a la prétention d'être basée sur des faits, il est dit que le froid et l'agitation mentale produisent le rhumatisme aigu.

Rhumatisme articulaire chronique, par M. Adams. Rapport de M. Malgaigne. (Académie de médecine, 28 juin.)

Ce livre est divisé en deux parties : la première considère l'affection sous un point de vue général, et traite en autant de chapitres particuliers, de son histoire, des causes et des symptômes, du diagnostic et du pronostic, des caractères anatomiques et du traitement. La seconde partie la poursuit dans presque toutes les articulations. L'ouvrage est terminé par des observations particulières, et illustré surtout par de nombreuses figures sur bois et un atlas de onze planches. — Cette affection peut en imposer pour une fracture ou une luxation des extrémités articulaires des os, et M. Adams rapporte divers exemples de cette confusion faite par les chirurgiens les plus distingués de la Grande-Bretagne. M. Malgaigne fait observer cependant que M. Adams a trop de tendance à rapporter à cette affection des déplacements articulaires dont la nature rhumatismale est au moins douteuse. Ceci, dit M. le rapporteur, ramène à la question générale de la nature de la maladie, question qui, si elle était résolue, résoudrait du même coup celle du traitement. Mais les auteurs ne sont pas d'accord sur ce point, les uns attribuant à cette affection une origine inflammatoire, les autres la rapportant à quelque chose de plus vague, à l'irritation. M. Malgaigne y voit, avant tout, des altérations de nutrition qui portent encore plus sur le tissu osseux que sur les autres tissus articulaires, et il pense que sur les os ces altérations se rapprochent singulièrement du rachitisme.

Goutte et rhumatisme, par M. J. Brown. (British medical Journal, et Union médicale, t. II, p. 403.)

La goutte et le rhumatisme n'existent jamais ensemble. — Un individu qui a la diathèse goutteuse n'a jamais de rhumatisme, à aucune époque de la vie, et réciproquement, un individu qui a du rhumatisme n'a jamais la goutte. — La goutte se manifeste de temps à autre comme le rhumatisme aigu, que le public nomme fièvre rhumatismale. Ainsi, il y a une fièvre goutteuse. — La durée de la fièvre goutteuse est triple de celle de la fièvre rhumatismale.

Phénomènes spécifiques, cliniques et microscopiques de la goutte, par M. Garrod. (The britisch Association, octobre, et Gazette médicale de Lyon, p. 547.)

L'auteur rappelle que, en état de santé, le sang contient de

faibles traces d'urate de soude, d'urée (et probablement de tous les principes qui doivent être excrétés), mais en si petite quantité, que l'analyse n'en dénote pas la présence ; que, dans la goutte, le sang est riche en urate de soude (des cristaux d'acide urique pouvant en être extraits), mais que, pourtant, dans l'albuminurie, l'intoxication saturnine, etc., l'acide urique existe également dans le sang, quoiqu'il n'y ait point alors d'affection goutteuse. — Il y a donc, comme cause de la goutte, quelque chose de plus que la simple présence de l'acide urique, et ce quelque chose, M. Garrod le signale en ces termes : « Le phénomène que j'ai invariablement constaté chez tous les goutteux, quel que soit le degré de leur affection, et qui ne se rencontre dans aucune autre maladie, consiste dans la déposition d'urate de soude, sous forme cristalline, dans les cartilages et les ligaments articulaires. » — Ce qui augmente, sinon l'intérêt de cette communication un peu tronquée, du moins l'étonnement qu'elle pourra exciter, c'est que, à en croire l'auteur, « ce dépôt serait probablement plutôt la cause que l'effet de l'action inflammatoire » qui constitue la goutte.

Observations cliniques sur un caractère de l'urine dans le rhumatisme et la goutte, par M. Th. Laycock. (Edinburgh medical Journal, et Gazette médicale, p. 108.)

L'urine des rhumatisants et des goutteux, après refroidissement, présente de petites masses opaques et caillebottées, formant un nuage muqueux ; elles sont constituées par des cellules à noyaux et des nucléoles. La présence de ces masses peut servir à établir le diagnostic de la diathèse rhumatismale.

Traitement de la goutte et des rhumatismes, par M. Le Calvé. Rapport de M. Bouillaud. (Académie de médecine, 21 juin.)

Les conclusions générales de M. Le Calvé sont les suivantes : — La goutte et le rhumatisme sont deux maladies de même nature, qui se confondent souvent pour n'en former qu'une seule, et qui guérissent par le même traitement peu modifié ; elles sont de la même famille et ne sont que deux variétés de la même espèce. Elles sont héréditaires ou acquises, et, dans les deux cas, deviennent rapidement constitutionnelles. — Pour en avoir raison, il faut faire marcher de front le traitement interne et attaquer l'élément goutteux ou rhumatismal, et le traitement externe qui n'a pour but que de calmer l'élément douleur, symptôme de ces maladies, et de faire disparaître le gonflement de l'œdème. — Le traite-

ment proposé par M. Le Calvé consiste principalement en un sirop et un topique. — Voici son sirop :

Extrait alcoolique d'aconit.	ãã 50 centigram.
— de digitale.	
— de menthe poivrée. . .	
Extrait aqueux de persicaire.	1 gramme.
Eau distillée, Q. S. pour dissoudre.	
Sirop de gomme.	300 —

En prendre une cuillerée à café le matin, une à midi, et une le soir, dans un verre d'eau gommée.

Formule du topique :

Teinture de lierre terrestre	ãã 100 gram.
— de scille	
— de menthe poivrée.	
— de belladone.	60 gram.

On enveloppe les parties affectées d'une compresse imbibée du topique.

Du diagnostic différentiel de la goutte et du rhumatisme articulaire, par M. Fersac. (Thèses de Paris, n° 176.)

De la goutte, par M. Leraton. (Thèses de Paris, n° 228.)

De la goutte, par M. Galtier-Boissière. (Thèses de Paris, n° 112, et in-4, 120 pages ; V. Masson.)

Excellent travail, dans lequel on trouve l'histoire complète de cette affection. — Pour l'auteur, les diverses causes considérées jusqu'ici comme productrices de la goutte peuvent être ramenées à celle d'une dépense incomplète des aliments introduits par la digestion. — La goutte est constituée par une altération du sang, dont il faut commencer de suite le traitement pour en arrêter au plus tôt les manifestations locales. — C'est une affection qu'on peut prévenir et dont on peut se préserver par une hygiène appropriée, soit que l'on y ait été prédisposé par l'hérédité, ou même qu'on se la soit attirée par une erreur de régime. Il n'est pas nécessaire, pour le traitement prophylactique de cette maladie, de s'astreindre à un régime journalier par trop en dehors des règles ordinaires d'une vie active, sobre et morale. Enfin, il existe des moyens certains de soulager les malades au milieu du paroxysme, de diminuer leurs douleurs, et d'en abréger la durée, sans leur faire courir le moindre danger, s'ils veulent prendre certaines précautions très-simples. — Nous laissons de côté les chapitres consacrés à la symptomatologie et au diagnostic différentiel, pour pouvoir exposer plus longuement les idées de

M. Galtier sur le traitement. — Nous dirons seulement qu'il a toujours vu l'attaque de goutte précédée de phénomènes qui l'annoncent, et auxquels il recommande de faire une grande attention, parce que c'est au moment où ces accidents se montrent qu'il convient de commencer le traitement préservatif. — Ces phénomènes sont de l'abattement, des assoupissements et des bâillements fréquents, des cauchemars, du trouble dans les fonctions digestives, des ardeurs dans la région de l'estomac, une salivation abondante, des malaises, de l'oppression, quelquefois des vomissements ; constipation, selles douloureuses ; chez quelques malades, un peu de toux accompagnée d'expectoration, frissons, fièvre et lourdeur de tête. Souvent, on constate un peu de dysurie. Mais le signe le plus constant, qui ne manque presque jamais, c'est le gonflement, le développement des veines du membre qui va être affecté. — La première indication est celle d'un régime sobre, mais non trop dur et trop sévère; il ne s'agit pas *d'absorber très-peu* : une diète trop rigoureuse serait inutile et même nuisible; il faut utiliser ce que l'on absorbe. Pour cela, M. Galtier-Boissière veut que le goutteux renonce à des habitudes sédentaires; il faut seulement qu'il exerce son système musculaire. — Le goutteux se couchera et se lèvera de bonne heure; huit heures de sommeil, de dix ou onze heures du soir à six ou sept du matin. Sa nourriture se composera de viandes et de légumes, plus cependant de ces derniers que des premières, et à chaque repas il ne fera usage que d'une seule sorte de viande et d'une seule espèce de légumes. Le vin lui sera permis, s'il a coutume d'en prendre ; mais les excitants alcooliques sont sévèrement proscrits. Les boissons aromatiques, thé, café, peuvent être pris sans aucun danger. Enfin, le goutteux ne fera que deux repas par jour, et le plus copieux sera toujours celui du matin ; celui du soir devra précéder toujours au moins de quatre heures le moment du coucher. — Le goutteux se préservera des changements brusques de température, mais sans cependant se couvrir d'une façon exagérée. Quelques-unes des pratiques de l'hydrothérapie, le drap mouillé, par exemple, seront souvent utiles. — Quand quelques-uns des symptômes prodromiques signalés plus haut font craindre l'arrivée de la goutte, il faut supprimer immédiatement les trois quarts de la nourriture habituelle, doubler la quantité de la boisson aqueuse, quadrupler au moins l'exercice ordinaire, jusqu'à ce qu'on ait vu disparaître ces phénomènes précurseurs. — Mais, une fois l'accès arrivé, il faut agir avec énergie, et ici plusieurs substances médicamenteuses jouent un rôle important. — En première ligne, figure le colchique d'automne ; M. Galtier-Boissière en a obtenu d'excellents résultats, mais en l'administrant d'une manière paticulière et en l'accompagnant de l'usage du sulfate de quinine. La préparation de col-

chique qu'il emploie est composée de 1 partie de semences de colchique concassées, et 8 parties d'alcool à 33 degrés. Voici comment il procède : — Il commence par 1 gramme de cette teinture, divisé en quatre doses, à deux heures d'intervalle. Chaque dose est étendue dans une petite tasse de thé ou de café faible, et que l'on peut sucrer. — Quel que soit l'effet produit, et même alors que le soulagement des douleurs ne serait pas extrêmement marqué, il suspend le colchique et donne, le second jour, 1 gramme de sulfate de quinine, rendu soluble par l'eau de Rabel, et divisé en quatre doses données toutes les deux heures. — Si l'effet demandé n'est pas atteint, le troisième jour on reprend le colchique, en augmentant chaque fois la dose d'un quart, et en ayant soin de ne le donner que tous les deux jours, le jour intermédiaire étant consacré au sulfate de quinine, dont la dose ne dépassera jamais 1 gramme par jour. — Les préparations de potasse sont meilleures contre la goutte que celles de soude. M. Galtier-Boissière fait prendre pour tisane de l'eau contenant 2 grammes de bitartatre de potasse par litre ; pour purgatif, il donne 30 grammes du même sel dans 200 grammes d'eau. Il fait prendre des bains au carbonate de potasse, 250 grammes par bain. — Pour régime, même pendant l'attaque, il veut qu'on alimente un peu : potages maigres d'abord, puis viandes et légumes, en quantité modérée ; ni œufs ni laitage ; eau rougie aux repas. — Dès que les mouvements sont redevenus possibles, il faut recommencer l'exercice musculaire avec le plus d'énergie possible.

Erysipèle idiopathique ; son traitement, par M. Jos. Bell. (The Glascow medical Journal, et Gazette médicale, p. 385.)

L'érysipèle réclame, de nos jours, un traitement tonique et stimulant. — Le traitement antiphlogistique employé par les médecins d'autrefois avait sa raison d'être. — Le type de la maladie a subi un changement assez important pour exiger un changement correspondant dans sa thérapeutique. Le changement de type dépend principalement, sinon tout à fait, d'une détérioration dans la constitution des habitants des grandes cités, des villes et des villages populeux.

Perchlorure de fer et toniques dans l'érysipèle. (Lancet, juillet, et Bulletin général de Thérapeutique, t. LVII, p. 232.)

Article favorable à cette médication ; il n'ajoute rien à ce qui a été écrit par MM. Valette, Mathey et Aran.

Bons effets de la teinture d'écorce de mélèze dans le traitement du purpura hemorrhagica. (Dublin Hospital Gazette, et Bulletin général de Thérapeutique, t. LVI, p. 393.)

Plusieurs observations prouvant l'efficacité de l'écorce de mélèze, qui conserve les propriétés de la térébenthine, dont elle n'a pas le goût.

Purpura febrilis, par M. Tissier.
(Bulletin de la Société anatomique, p. 182.)

Ce malade avait été considéré comme affecté de *purpura hemorrhagica ;* puis on a songé à une variole hémorrhagique ; ce cas paraît être analogue à ceux que Graves a désignés sous le nom de *purpura febrilis.* — Mort.

Leçons sur les maladies de peau, par M. Hardy, rédigées par M. Garnier. (2e partie, in-8, XVI–201 pages. Paris, A. Delahaye.)

Cette deuxième partie des leçons de M. Hardy se distingue par toutes les qualités que nous avons signalées à propos du premier volume.—Elle contient l'histoire : I. Des macules ou difformités de la peau (difformité de l'appareil pigmentaire, de l'appareil vasculaire, des follicules sébacés, des papilles de la peau, de l'épiderme, du derme). — II. Des maladies cutanées accidentelles (érythème, urticaire, ecthyma, zona, strophulus, prurigo, acné, pemphigus).— III. Des maladies parasitaires (1° végétaux : favus, trichophyte, pelade, crasses parasitaires ; 2° animaux : maladie péd iculaire, gale).

Affections cutanées d'origine dartreuse et arthritique considérées en elles-mêmes et dans leurs rapports avec les affections scrofuleuses, syphilitiques et parasitaires, par M. Bazin. (Gazette des hôpitaux, p. 453, 465.)

Discours de M. Gibert, à l'ouverture de son cours de dermatologie, à l'hôpital Saint-Louis. (Gazette médicale, p. 502.)

Cet article contient la classification de M. Gibert ; elle est assez connue pour que nous puissions la passer sous silence.

Traité pratique des dermatoses, par M. Duchesne-Duparc.
(Paris, J.-B. Baillière, in-18 jésus, LXVI–492 pages.)

Traité pratique des maladies de la peau chez les enfants, par M. Caillault. (Paris, J.-B. Baillière, in-18, VIII-392 pages.)

Les végétaux parasites de la peau humaine, par M. Jabey Hogg. (Gazette hebdomadaire, p. 408.)

L'auteur conclut qu'il n'existe pas de parasites propres à telle ou telle maladie, et en constituant la cause déterminante.

Emploi de la teinture de Fowler dans les maladies de la peau, par M. Butler. (Union médicale, t. IV, p. 21.)

Trois observations prouvant l'efficacité de la médication arsenicale contre les prurits vulvaires. — Dans ces trois cas, on observa comme indice de la saturation un léger gonflement des paupières. L'emploi du médicament fut interrompu jusqu'à sa disparition, puis on le reprit de nouveau.

Ce travail est également analysé par la Gazette hebdomadaire, p. 62; il est accompagné dans ce dernier journal d'une observation de M. Imbert-Gourbeyre : guérison d'un prurit vulvaire par la teinture de Fowler.

Emploi du smilax aspera dans le traitement des affections cutanées, par M. Fournier. (Moniteur des hôpitaux, p. 526.)

Observations prouvant l'efficacité du *smilax aspera* (salsepareille), dans des affections cutanées de formes diverses.

Maladies de la peau à la Martinique, par M. Rufz. (Académie de médecine, 28 juin.)

A la Martinique les affections cutanées ont semblé moins fréquentes et moins diverses qu'à Paris. — M. Rufz divise les affections cutanées à la Martinique, en : — 1° celles qu'il n'a jamais vues depuis une période de vingt ans; — 2° celles qu'il n'a vues que rarement; — 3° celles qui se sont présentées plus fréquemment; — 4° celles qui lui ont paru plus particulières à la Martinique et aux pays placés dans les mêmes conditions. — Les affections de la première catégorie sont : la lèpre vulgaire, le favus, le psoriasis, la pellagre et la suette miliaire. — Les maladies de la deuxième catégorie sont la gale, l'ichthyose, l'acné, l'herpès, les lichens, le pemphigus et le rupia. — Les affections cutanées que M. Rufz a vues le plus fréquemment sont : les eczémas, les ecthymas et les exanthèmes, les pityriasis et les éphélides. Parmi les ecthymas, une espèce très-commune, l'ecthyma des jambes, est désignée sous le nom de *feu sauvage*. Il se déclare après les marches forcées et à la suite des grandes pluies, chez les nègres des champs qui marchent nu-pieds dans la boue. Une autre sorte d'ecthyma non moins fréquente est celle qui reconnaît pour cause la présence d'un petit insecte appelé dans le pays *bête rouge*.—

M. Rufz signale dans une quatrième catégorie une affection cutanée particulière à la race nègre et fréquente à la Martinique. Cette affection, qui pourrait être confondue au premier coup d'œil avec l'éléphantiasis des Arabes, consiste dans des excroissances de la peau formant comme des reliefs plaqués sur ce tégument, sans pédicules véritables, durs, indolores, présentant la même couleur et la même sensibilité que les parties voisines. Ces élevures de la peau sont parfois partagées en lobes par des scissures profondes. A la longue l'épiderme qui les recouvre s'excorie, et leur surface devient le siége d'un suintement particulier. — Le siége de la maladie est dans le tissu même du derme, et non dans le tissu cellulaire sous-cutané. C'est une hypertrophie de tous les éléments normaux du derme. — Jamais M. Rufz n'a vu ces tumeurs se ramollir ni présenter quelque dégénérescence. Il a remarqué cependant leur tendance à se reproduire, qu'elles aient été enlevées par le fer ou par les caustiques. On rencontre fréquemment ces hypertrophies du derme aux lobules des oreilles chez les femmes qui y suspendent de très-lourds bijoux. — Son origine est d'ailleurs toujours traumatique. Elle se produit à la suite de plaies, de contusions, de coups de fouet, etc. — L'auteur signale encore le desséchement de l'épiderme des noirs, à la suite des maladies chroniques, et il termine son travail par une observation de *lupus desiccans*, affection dans laquelle la peau est amincie, sèche, dure, insensible, offrant enfin la plupart des caractères d'une brûlure au troisième degré.

Dermatose des vanniers, dits cannissiers, par M. Maurin. (Revue thérapeutique du Midi, et Montpellier, imprimerie Gros; in-8, 10 pages.)

Les cannissiers sont des ouvriers qui disposent les roseaux en lambris pour le revêtement des plafonds. Les roseaux ayant préalablement séjourné dans l'eau, il arrive souvent qu'ils entrent en fermentation, et qu'une poussière blanche couvre les feuilles. Le contact de cette poussière occasionne une maladie particulière. — On peut distinguer à l'affection deux périodes : l'une prodromique, qui n'est pas constante, et l'autre d'invasion. Les symptômes de la période prodromique apparaissent à la fin de la première ou vers le commencement de la deuxième journée de travail ; ce sont : pesanteur de tête, sentiment de fatigue, de lassitude, et diminution des forces ; anorexie, soif vive. — Aussi le symptôme initial de la période d'invasion est la rougeur des paupières, des ailes du nez, du cou, des bourses ; de la tuméfaction, une douleur brûlante prurigineuse, de la chaleur, se joignent plus tard à la rougeur primitive. — L'épiderme se fendille, tombe à certains endroits, ou bien se soulève et forme les parois

de vésicules discrètes, contenant un liquide lactescent, muco ou séro-purulent. La maladie est alors arrivée à son summum d'intensité ; c'est un exanthème érythémateux avec des érosions, des exulcérations ou des vésico-pustules. Vers le deuxième jour, l'éruption se localise plus spécialement sur les bourses; on les trouve ordinairement tuméfiées, d'un rouge rutilant, dépouillées de leur épiderme; leur surface exulcérée baigne dans un liquide séro-sanguinolent ou séro-purulent. — Les muqueuses, comme la peau, souffrent du contact de la moisissure blanche des roseaux : elles se tuméfient d'abord, celle du nez surtout. Le malade éprouve alors cette sensation d'enchifrènement qui annonce le début d'un coryza. Parfois une épistaxis survient. C'est que la moisissure a déterminé l'ulcération de la muqueuse. — Le pharynx et la trompe d'Eustache peuvent être envahis par la phlegmasie, qui ne manque guère de déterminer une réaction générale et des symptômes gastriques. — Le traitement curatif consiste dans les émollients et des purgatifs salins. Vers le déclin, on se trouve bien de l'emploi des tisanes alcalines et des bains alcalins. Enfin quelques boissons acidulées et des bains simples terminent le traitement, et le malade est guéri en moyenne vers le deuxième septénaire. — On pourrait garantir les vanniers de la dermatose qui leur est propre, en ne leur faisant dépouiller que des roseaux mouillés récemment pour enlever la poussière, et en les forçant eux-mêmes à se laver à grande eau.

Dermatose des vanniers ou cannissiers, par M. L. Lefebvre. (Moniteur des hôpitaux, p. 375.)

De la coloration de la peau au point de vue séméiologique, par M. Raymond. (Thèses de Paris, n° 145.)

Nouveau cas de chromhidrose, par M. Maker. (Gazette des hôpitaux, p. 23.)

Cette nouvelle observation est en tout analogue à celles de M. Leroy de Méricourt. La matière excrétée ressemble complétement à l'indigo.

Deux cas de chromhidrose, l'une vraie, l'autre simulée. (Gazette des hôpitaux, p. 118.)

De ces deux observations, la première est semblable à celles qui ont été publiées et qui paraissent authentiques. La seconde a trait à une femme qui se barbouillait la figure, les paupières et le front surtout avec de l'indigo. Avant la découverte de cette su-

percherie, on pouvait croire à la réalité de la chromhidrose, tant la coloration et les autres phénomènes répondaient à la description donnée par d'autres observateurs.

On trouve (Gazette des hôpitaux, p. 166) une note à propos des deux observations précédentes; la simulation paraît à M. Leroy de Méricourt très-difficile. — M. Duchêne, qui avait publié l'observation de simulation, a répondu à la lettre de M. Leroy de Méricourt (Gazette des hôpitaux, p. 191).

Nouveau cas de chromhidrose, par M. Harvey. (Medical sciences, février, et Archives générales de médecine, avril, p. 486.)

De la chromhidrose, ou mieux chromocrinie, par M. A. Leroy de Méricourt. (Gazette hebdomadaire, p. 615.)

L'auteur, à propos d'un article de pathologie interne de M. Gintrac, croit devoir défendre les opinions qu'il a déjà émises sur la nature de la maladie; il les résume ainsi : — La chromocrinie est une maladie caractérisée d'une manière apparente par la sécrétion de pigment accidentel, noir ou bleu, qui forme à la surface de la peau des taches susceptibles d'être enlevées par le frottement avec un linge, mais mieux à l'aide d'un corps gras. Ces taches ont leur siége d'élection aux paupières ou au visage. Elles reparaissent plus ou moins promptement après avoir été enlevées; la peau nettoyée reprend son aspect normal. La matière sébacée, comme la sueur, peut servir de véhicule au pigment amorphe, *qui a été sécrété également par les muqueuses.* — Cette maladie est spéciale aux femmes depuis la puberté jusqu'à la ménopause. L'apparition des taches s'accompagne de troubles généraux variés, plus ou moins sérieux, qui semblent en relation avec l'état de la menstruation. — La chromocrinie doit être classée parmi les maladies par altération de sécrétion. Il serait important de rechercher les rapports qui pourraient exister entre cette affection et la *mélanémie* récemment étudiée par M. le professeur Frerichs.

M. Gintrac a fait une réponse que l'on trouvera dans le même journal, p. 664.

Affections de la peau dépendant d'une influence du système nerveux, par M. Charcot. (Journal de physiologie, p. 108.)

Cette note contient trois observations d'éruptions (deux herpès), développées sur le trajet de nerfs malades. L'auteur considère l'éruption cutanée comme une expression des lésions de nutrition qui surviennent dans les parties auxquelles se distribue le nerf affecté. — M. Brown-Séquard a fait suivre cette note de quelques réflexions sur les effets différents produits par l'irri-

tation de la moelle épinière et des nerfs ou par la paralysie de ces organes. Dans ce dernier cas, il n'y a qu'une atrophie, en général assez lente à se montrer. — Dans le cas d'irritation, l'atrophie survient beaucoup plus rapidement ; il y a des ulcérations, des gangrènes, etc.

Epidémie d'érythème papuleux, par M. de Gall.
(Archives générales de médecine, janvier, p. 95.)

Cette épidémie a eu une durée de plusieurs mois ; la plupart des cas ont été légers.

Erythème noueux accompagné de douleurs spéciales, par M. Sée.
(Société médicale des hôpitaux, 28 septembre, et Union médicale, t. IV, p. 412.)

M. Sée rapporte une observation, dans laquelle on voit des douleurs se montrer en même temps que l'érythème ; or, le siége des douleurs était principalement le long des tendons du pied et du jarret ; les jointures elles-mêmes étaient libres, sans aucune tuméfaction ni rougeur, on pouvait impunément leur imprimer des mouvements de latéralité ; il était donc impossible de songer à un rhumatisme articulaire. Il faut en conclure que les douleurs qui accompagnent souvent l'érythème noueux sont spéciales et propres à cette affection, et rassurer le malade sur l'existence d'un rhumatisme dont les récidives sont bien autrement à craindre que celles de l'érythème noueux.

Eczéma des mains, par M. Natalis Guillot.
(Journal de chimie médicale, février.)

M. Natalis Guillot fait enduire les mains de ses malades avec la pommade suivante :

Pr.	Axonge.	50 grammes.
	Sous-carbonate de soude. . . .	ãã 2 à 4 grammes.
	Huile de cade.	
	Goudron.	

On peut varier les doses de ces dernières substances, suivant la gravité de l'affection.

Traitement du zona par la pommade de sulfate de fer, par M. Betz.
(Bulletin général de Thérapeutique, t. LVI, p. 579.)

Dans le but d'empêcher l'éruption de nouvelles vésicules et de

hâter la dessiccation de celles qui existent, M. Betz emploie la pommade au sulfate de fer ainsi préparée :

Sulfate de fer.	4 grammes.
Axonge.	50 grammes.

Impetigo rodens. (The Lancet, et Gazette médicale de Lyon, p. 386.)

Une enfant de douze ans, vaccinée dès les premiers mois de sa naissance, eut aussitôt après, sur le lieu même de la piqûre, au bras gauche, un impétigo avec tendance à détruire les tissus. Elle fut guérie par l'usage du sirop d'iodure de fer, et l'application, au lieu malade, d'une pommade à l'oxyde de zinc avec l'acide benzoïque. En disparaissant du bras l'éruption gagna la tête, où elle guérit aussi sous l'influence de moyens semblables; mais elle laissa à sa suite une cicatrice indélébile.

Emploi de l'iodure de chlorure mercureux dans le traitement des maladies de la peau et particulièrement dans les diverses formes de couperose et d'acné, par M. Devergie. (Bulletin général de Thérapeutique, t. LVI, p. 497.)

M. Devergie fait ressortir les bons effets et les inconvénients de cette médication. Après avoir parlé de la découverte de ce sel et de son emploi en médecine, il s'élève contre l'usage trop général que l'on tend à en faire dans la thérapeutique cutanée; il lui reconnaît une efficacité très-réelle contre la couperose, l'*acne indurata*, l'acné miliaire, et même contre quelques cas d'eczéma et de lichen chronique. Il blâme énergiquement l'emploi de ces préparations à l'intérieur. C'est en développant une phlegmasie substitutive qu'agit l'iodure de chlorure mercureux; les applications locales sont donc suffisantes. Il conviendrait d'avoir des pommades contenant des quantités différentes de sel.

De l'acné, son traitement local, par M. Ferrat.
(Thèses de Paris, n° 205.)

Cette thèse reproduit les idées de M. Hardy, qui considère l'acné comme une affection toute locale. Les excitants étant supprimés, il faut employer un traitement différent suivant les cas. Quand l'acné est légère, on se sert d'eau alcoolisée pour lotions. — Si la maladie est un peu moins légère, M. Hardy prescrit l'usage d'une cuillerée à café, dans un verre d'eau tiède, de

la solution suivante, pour faire des lotions sur le visage matin et soir :

Eau distillée.	100	grammes.
Sublimé.	1	—
Alcool.	Q. S.	

Dans certaines formes d'acné, surtout l'acné ponctuée et sébacée, c'est aux astringents locaux seuls que M. Hardy a recours ; il recommande surtout les lotions à l'alun et la pommade au peroxyde de fer ainsi composée :

Axonge.	30	grammes.
Peroxyde de fer.	50	centigrammes.

Les lotions se font au dixième :

Eau.	300	grammes.
Alun.	30	—

On commence par une dose moitié plus faible, et on augmente ensuite. — La pommade est appliquée le soir en se couchant, les lotions alunées le matin. — Dans les cas de moyenne intensité, c'est le tour de la pommade au proto-iodure de mercure, soit :

Axonge.	30	grammes.
Proto-iodure de mercure.	1	—

On peut débuter par une dose plus faible. Faire une onction tous les soirs sur le visage. — Si la guérison par ce moyen n'est pas définitive, on a recours alors au bi-iodure de mercure à faible dose, de 5 centigrammes jusqu'à 50 centigrammes. M. Hardy débute d'emblée par ce dernier médicament dans les cas d'acné intense. — Enfin, dans certains cas d'acné rebelles, il emploie une pommade au bi-iodure à fortes doses, soit : parties égales d'axonge et de bi-iodure. Cette médication, toutefois, ainsi que la pommade à l'iodure de chlorure mercureux, sont en général réservées pour les cas très-graves ou très-rebelles.

Pommade contre l'acné, par M. Rodet. (Gazette médicale de Lyon, p. 50.)

Axonge lavée.	50	grammes.
Soufre sublimé.	4	—
Tannin.	4	—
Eau de laurier-cerise.	5	—

Employée avec avantage contre toutes les formes de l'acné, y compris la couperose, elle sert aussi dans le cas de sycosis, après qu'on a combattu l'inflammation et fait tomber les croûtes. —

On augmente graduellement la dose du soufre et du tannin jusqu'à 6 ou 8 grammes.

Sycosis ou mentagre, par M. Chausit.
(Paris, Leclerc, in-8, VIII-150 pages.)

Formule contre la mentagre, par M. Duprez.
(Archives belges de médecine militaire.)

Ce traitement consiste dans l'emploi des moyens généraux ordinaires; mais, lorsque la partie malade est débarrassée des croûtes qui la couvrent, on la soumet à de fréquentes lotions faites avec la solution suivante :

Sulfate de zinc.	16	grammes.
Sulfate de cuivre..	5	—
Eau distillée.	500	—
Eau de laurier-cerise.	15	—

De la mentagre ou du sycosis, par M. Haughton.
(Gazette hebdomadaire, p. 287.)

Pour cet auteur, la mentagre ne reconnaît pas d'autre cause que l'action du rasoir ; il se contente de topiques pour la combattre : solution de sublimé dans la glycérine, etc.

Traitement de la gale, par M. Bourguignon.
(Répertoire de pharmacie, juillet.)

M. Bourguignon a apporté un nouveau perfectionnement au traitement de la gale, en substituant à la pommade d'Helmerich un topique dans lequel entre la glycérine, ayant une odeur agréable et opérant une guérison définitive après une seule friction générale non précédée de friction au savon. — Voici la formule :

Jaunes d'œufs.		nº 2.	
Essence de lavande. .	de chacune. .	5	grammes.
— de citron . .			
— de menthe. .			
— de girofle. .	de chacune. .	8	—
— de cannelle.			
Gomme adragante		2	—
Soufre bien broyé.		100	—
Glycérine		200	—
		325	grammes.

Mêlez intimement les essences aux jaunes d'œufs ; ajoutez la

gomme adragante ; développez complétement le mucilage, puis versez par petites portions la glycérine et le soufre. — M. Bourguignon a obtenu un grand nombre de guérisons par ce topique, qui, outre les avantages déjà signalés, a celui de n'être pas douloureux.

Traitement de la gale par la benzine, par M. Delaharpe. (Echo médical suisse, et Gazette hebdomadaire, p. 190.)

L'auteur n'a eu que des insuccès par ce mode de traitement.

Poudre de chasse contre l'odontalgie et la gale, par M. Laffont. (Journal de médecine de Bordeaux et Gazette hebdomadaire, p. 190.)

Un sachet rempli de poudre de chasse, appliqué sur une dent douloureuse, fait disparaître la douleur.— La même poudre mêlée à de la mélasse guérit la gale par une seule friction.

Acarus trouvé dans l'urine d'un malade, par M. Laboulbène. (Gazette médicale, p. 18.)

Acarus jeune incomplétement développé ; il est probable qu'il a pénétré dans le flacon qui contenait l'urine.

Eruption pustuleuse produite par la présence du dermanyssus avium, par M. Itzigsohn. (Gazette hebdomadaire, p. 143.)

Une observation. — Ces faits sont rares. L'animal établit son siége presque exclusivement sur la peau du tronc ; rarement il se répand sur les extrémités. Les pustules qu'il détermine sont volumineuses ; elles reposent sur une base très-enflammée.

Maladie parasitaire des oiseaux de basse-cour, transmissible à l'homme et au cheval, par MM. Reynal et Lanquetin. (Académie de médecine, 21 juin.)

Conclusions : — Il existe chez les poules une maladie cutanée déterminée par un sarcopte particulier : le *sarcops mutans.* — Cette maladie ressemble par ses symptômes et sa marche à la gale de l'homme et des animaux. — Elle se transmet de la volaille à la volaille par la cohabitation et par l'intermédiaire du *sarcops mutans.* — Elle se transmet également au cheval et aux autres animaux domestiques.

Sarcoptes mutans, par MM. Robin et Lanquetin. (Académie des sciences, 21 novembre.)

Description anatomique de ce parasite.

Du psoriasis et de son traitement, par M. Mairo. (Thèses de Paris, n° 194.)

Quelques réflexions critiques sur le favus, par M. E. Tarnier. (Thèses de Paris, n° 34.)

M. Tarnier n'est pas partisan des théories parasitaires. Il croit que la matière faveuse est le produit concrété d'une exhalation morbide, symptomatique d'une affection spéciale du follicule pileux et de ses annexes, absolument comme la fausse membrane; ce n'est pas non plus un produit de sécrétion, pas plus que le pus ou d'autres produits morbides, mais bien le résultat d'une altération fonctionnelle spéciale. Ce n'est que par hasard qu'il a trouvé dans les préparations du favus de vrais tubes que l'on puisse rapporter à du mycélium ; quand ils existent, ce n'est que sur de la matière faveuse vieillie, chez des sujets malpropres : c'est alors une moisissure analogue à ces cryptogames qui croissent sur les matières animales ou végétales en décomposition. Les sporidies ont toujours échappé à M. Tarnier, et jamais il n'a vu de spores attachées à des myceliums ou à des tubes sporophores. A part les recherches propres à M. Tarnier, sa thèse renferme une critique assez étendue des diverses opinions relatives à la nature du favus et quelques considérations sur le traitement de cette affection. Comme conséquence de sa théorie, l'auteur recommande de joindre à l'épilation l'emploi des topiques irritants.

Diagnostic différentiel de la teigne tonsurante de la face, par M. A. Vinatier. (Thèses de Paris, n° 20.)

Observation de favus ayant envahi la face, une partie du tronc et des membres, par M. Tourdes. (Gazette médicale de Strasbourg, n° 8.)

L'affection existait depuis vingt ans chez une ouvrière âgée de trente-huit ans, et atteinte à quinze ans d'une éruption du cuir chevelu, qu'elle avait crue liée à l'établissement de la menstruation. L'éruption en était venue à occuper le cuir chevelu, le front, les sourcils, les deux joues, le menton, le nez jusqu'à sa pointe, une partie du dos et la face postérieure des deux bras. Les croûtes ont tous les caractères physiques du favus, et présentent les filaments et les sporules du mycoderme de cette teigne. Là où les croûtes sont tombées existe une desquamation de la peau analogue au psoriasis avec développement variqueux des vaisseaux, état fongueux de la peau et des ulcérations consécutives à la chute des croûtes.

Sulfure de chaux bibasique contre la teigne, par M. Le Barillier. (Journal de médecine de Bordeaux, et Moniteur des hôpitaux, p. 6.)

M. Mulago prétendait par ce moyen guérir la teigne en huit minutes. (Voir l'*Annuaire*, t. II, p. 230.) — M. Le Barillier n'a obtenu aucun bon résultat de cette médication.

Deux cas de guérison remarquable du lupus, par M. F. Rochard. (Moniteur des sciences, p. 451.)

Ces guérisons ont été obtenues par les préparations à l'iodure de chlorure mercureux, prises à l'intérieur et en applications locales. La première était un lupus tuberculeux érythémato-squameux ; le second, un lupus tuberculeux avec ulcérations.

Lupus vorax pris pour un cancer de la lèvre supérieure, par M. Puech. (Gazette des hôpitaux, p. 288.)

Traitement par l'iodure de potassium. — Guérison rapide.

Herpès ulcéré du nez (corrosif d'Alibert), par M. Alvarez. (El Siglo medico, et Union médicale, t. III, p. 127.)

Guérison rapide avec une pommade au calomel.

Bons effets des cautérisations avec la potasse caustique et la poudre de Vienne dans les affections squameuses chroniques de la peau, par M. Gintrac. (Bulletin général de Thérapeutique, t. LVII, p. 518.)

Deux observations prouvant les bons effets de cette énergique médication dans des cas extrêmement rebelles.

La pellagre en Italie, par M. Bertherand. (Gazette médicale de l'Algérie, nº 9.)

Note sur la pellagre que M. Bertherand a pu observer en Italie. Rien de particulier.

De la pellagre, par M. Balhadère. (Thèses de Paris, nº 147.)

Fréquence de la pellagre en Gallicie, par M. Batalla. (Siglo medico ; Union médicale, t. III, p. 127.)

L'auteur fait la description de la maladie ; dès le début, il met en usage avec succès le traitement suivant : — Cessation absolue de l'usage du pain et des bouillies de maïs ; pains de blé, viandes rôties et vin pour nourriture. Eviter l'insolation. Saupoudrer de

fleur de soufre les parties dénudées d'épiderme; application de sangsues sur les parties les plus congestionnées; décoction d'orge avec lait de chèvre le matin; bains sulfureux.

De la pustule ou bouton d'Alep, par M. Libert.
(Thèses de Paris, n° 219.)

Eléphantiasis des parties génitales, par M. Bergeron.
Analyse de M. Chausit. (Gazette hebdomadaire, p. 206.)

A propos de la thèse de M. Bergeron, dont la publication date de quinze ans, M. Chausit discute quelques points de l'histoire de cette affection.

Eléphantiasis (?), par M. Jouon.
(Bulletin de la Société anatomique, p. 192.)

Transformation fibro-plastique et graisseuse des muscles et du tissu cellulaire du bras, du sous-scapulaire, du grand pectoral et des scalènes, etc.

Des affections lépreuses dans les régions intertropicales, par M. Roux (de Brignolles). (Marseille, imprimerie Barlatier-Feissat; in-8, 16 pages.)

Lèpre tuberculeuse et anésthétique de la Jamaïque, par M. Fiddes.
(Edinburgh med Journal, et Gazette médicale, p. 108.)

Nouveau traitement du noma, par M. Reid.
(The medical and surgical Reporter, et Gazette hebdomadaire, p. 445.)

Purgatif; chlorate de potasse à l'intérieur; lotions. Guérison en soixante-douze heures! Pas d'observation à l'appui.

Maladies de la peau et affections utérines, par M. Hébra. (Racoglit. med., et Bulletin général de Thérapeutique, t. LVII, p. 332.)

L'auteur signale l'influence que les maladies de l'utérus peuvent avoir sur certaines affections de la peau. Beaucoup d'incertitude règne dans cette question.

Verrues. — Bichromate de potasse.
(Bulletin de Thérapeutique, t. LVI, p. 297.)

Un onguent préparé avec 10 centigrammes de bichromate de potasse et 15 grammes d'axonge guérit en quelques jours les verrues les plus rebelles.

Traité des maladies mentales, par M. Morel.
(Grand in-8, xx-866 pages. — Paris, V. Masson.)

Ce qui constitue l'originalité et le caractère spécial de cet ouvrage, c'est la nouvelle classification adoptée par l'auteur. Nous allons essayer d'en donner une idée. — Le *Traité des dégénérescences* avait amené l'auteur à créer dans l'espèce diverses variétés maladives, qui, sous l'influence des mêmes causes dégénératrices, revêtent des caractères pathognomoniques invariables de l'ordre intellectuel, physique et moral ; c'est là ce qu'il appelle les caractères *fixes*, *immuables*, *essentiels*, qui doivent servir de base à une classification des maladies mentales. Ceci l'a conduit à établir la grande et importante classe des *folies héréditaires*, et à prouver que depuis la plus légère excentricité dans les actes désignée sous le nom de *folie morale*, *manie raisonnante*, jusqu'à ces états appelés plus ou moins improprement *imbécillité*, *idiotie*, *crétinisme*, il existe des degrés divers de la même affection ; la plus importante des classes est donc celle des *folies héréditaires*. En outre, l'habitude de faire un abus journalier de l'alcool, et, en général, des substances ébriantes, amène une folie qui a ses caractères propres, sa marche invariable, sa terminaison constamment fatale lorsque l'individu n'est pas préservé contre ses propres excès : la deuxième classe comprend donc les *folies par intoxication*. — Certaines névroses fondamentales, telles que l'hystérie, l'hypocondrie, l'épilepsie, si elles ne déterminent pas invariablement la folie, amènent de bien graves perturbations dans les fonctions du système nerveux, et, sous l'influence de certaines prédispositions propres à l'individu, on voit se développer des états que M. Morel désigne sous le nom de *folies hystérique*, *hypocondriaque*, *épileptique*. Telle est la troisième classe. La quatrième comprend les *folies sympathiques*, où le cerveau est affecté par *consensus* ; et la cinquième, les *folies idiopathiques*, où le cerveau est primitivement lésé dans sa substance. La paralysie générale appartient à cette dernière classe. Enfin la *démence* constitue la sixième classe, bien qu'elle ne soit que la forme terminative de diverses affections mentales. Comme on le voit, cette classification est essentiellement basée sur l'élément étiologique qui constitue, selon l'auteur, le meilleur moyen de sortir de la voie trop exclusive que l'on avait suivie jusqu'alors en catégorisant les aliénés d'après les troubles ou les lésions des facultés intellectuelles ou affectives.

Etudes sur l'aliénation mentale, par M. Gaussail.
(Toulouse, imprimerie Bonnal et Gibrac, in-8, 80 pages.)

Ces études sont pleines d'intérêt ; l'auteur cite bon nombre de

faits ; il résume ainsi sa manière de voir : — L'aliénation mentale est constituée en principe par une modification purement dynamique ; mais par sa prolongation, elle entraîne des altérations de texture qui viennent la compliquer et lui imprimer des caractères particuliers. Elle rentre donc parfaitement sous ce rapport dans la loi qui régit la pathogénie des névroses. — Le dynamisme mental n'est pas une dépendance immédiate des organes, mais leur intégrité est une condition indispensable à son fonctionnement régulier et complet. — En pathologie et en thérapeutique mentales, il faut simultanément considérer l'élément psychique et l'élément somatique, et faire à chacun la part plus ou moins ample qui doit lui revenir selon sa prédominance. En dehors de cette donnée, il ne saurait y avoir autre chose que la confusion et l'erreur.

Médecine mentale, 2e *étude* ; *des causes*, par M. Berthier. (Paris, V. Masson, in-8, VII-123 pages.)

L'auteur examine l'influence que peuvent avoir, pour le développement de la folie, les principes rhumatismal, goutteux, syphilitique, dartreux, etc.

Notice statistique sur l'aliénation mentale dans le département du Bas-Rhin, par M. Dagonet. (Strasbourg, imprimerie Silbermann; in-8, 32 pages, 1 carte et 1 tableau.)

Statistique des établissements d'aliénés de France, de 1842 *à* 1853 *inclusivement*, par M. Legoyt. (Annales d'hygiène publique et de médecine légale, p. 197.)

Du suicide politique en France, depuis 1789 *jusqu'à nos jours*, par M. des Étangs. (1 volume in-8 ; Victor Masson.)

Ce livre, remarquable par le style, n'est pas moins attrayant par la nature des idées qu'il soulève que par la manière dont elles sont présentées. C'est, il faut en convenir, une étude plutôt historique que scientifique sur le suicide. L'auteur a trouvé que, par un triste privilége, notre propre histoire et nos seules archives, dans une période de soixante années, lui permettaient d'apprécier toutes les causes et d'épuiser toutes les formes de la mort volontaire. Partant de cette idée, il déroule devant nous, dans un magique et rapide tableau, les noms de tous ceux qui, dans cette période, ont disposé librement de leurs jours. — Les orageuses journées de notre grande Révolution, l'Empire, la Restauration, le règne de Louis-Philippe et la révolution de Février apportent tour à tour leur contingent à cette sombre et douloureuse histoire. L'ouvrage se divise en deux sections. La première

s'occupe du suicide en France, au point de vue des influences exercées par l'état social, et c'est ici le lieu de dire que, pour l'auteur, le suicide ne constitue pas toujours un acte insensé, dépourvu de toute liberté morale. Si la plupart des aliénistes ne voient dans le meurtre de soi-même qu'un fait pathologique purement individuel, il y voit, lui, un fait social, où l'individu n'intervient que pour donner une forme plus arrêtée, plus précise à des souffrances générales. Cette première section se subdivise de la manière suivante : — 1° Evénements politiques, révolutions, guerres civiles.—2° Scepticisme, incrédulité, croyances. — 3° Maladies de l'imagination ; orgueil, rêveries, découragement. — 4° Chagrins domestiques, mauvais traitements. — 5° Crainte du déshonneur.— 6° Amour.— 7° Misère. —8° Inconduite, ivrognerie, débauche. — 9° Jeu, loteries, bourse, actions industrielles. — La deuxième série traite du suicide envisagé dans ses rapports avec les lois de l'organisme. Ses subdivisions sont les suivantes : — 1° Spleen. — 2° Imitation. — 3° Monomanie. — 4° Hérédité. — 5° Maladies. — 6° Aliénation mentale. — L'auteur s'élève dans sa préface contre la méthode numérique « qui, depuis un certain nombre d'années, paraît nous tenir lieu d'esprit philosophique, et, *à l'exactitude de ses procédés, à la vigueur de ses démonstrations*, il oppose une complète incrédulité. » Nous nous garderons bien de blâmer cette incrédulité, surtout quand il s'agit de phénomènes de l'ordre moral.

Etudes et recherches philosophiques et historiques sur les hallucinations et la folie jusqu'à la fin du siècle dernier, par M. Postel. (Caen, imprimerie Laporte ; in-8, 131 pages.)

Interdiction des aliénés, par M. de Castelnau.
(Académie de médecine, 23 août.)

M. de Castelnau s'est proposé de démontrer que la loi sur l'interdiction est contraire à l'équité et contraire à l'esprit d'une civilisation avancée. — L'interdiction ne fût-elle jamais provoquée que par des parents animés de la plus tendre sollicitude, la tutelle ne fût-elle jamais exercée que par des curateurs pleins de zèle, d'humanité et de désintéressement, ces défauts (dont la discussion précède) n'en persisteraient pas moins en principe, bien qu'atténués en pratique par des vertus exceptionnelles. Une loi n'est pas mauvaise uniquement parce qu'elle est impuissante à déjouer les combinaisons de l'astuce et de la fraude ; elle est mauvaise encore, même quand elle atteint son but, si elle blesse les lois générales de la morale, de la justice et de la raison, ou plutôt de la raison purement et simplement ; car la vraie morale et la véritable justice ne doivent et ne peuvent être autre chose

que l'application, au règlement des rapports sociaux, des vérités que la raison nous permet de découvrir ou de démontrer. — Que l'on considère les biens ou la personne de l'aliéné, dit l'auteur en terminant, il est également démontré que l'interdiction lui est beaucoup plus contraire que favorable; et puisque cette loi, dans l'esprit de ceux qui l'ont faite, devait être avant tout une loi de protection individuelle, il se demande si elle ne devrait pas disparaître d'une législation civilisée. — Cependant, ajoute-t-il, les législateurs n'ont pas eu exclusivement en vue les intérêts de l'individu qu'ils voulaient protéger, ils se sont inspirés secondairement aussi des intérêts de la famille et de la société. Or, ici encore, les auteurs de la loi seraient tombés dans une grande erreur et auraient outre-passé le but qu'ils s'étaient proposé, en armant la famille du droit de disposer de la personne ou même des biens d'un de ses membres.

De l'application de l'électricité au traitement de l'aliénation mentale, par M. Teilleux. (Annales médico-psychologiques, p. 353.)

L'auteur a guéri au moyen de l'électricité un certain nombre de lypémaniaques et de stupides; il s'est servi de cet agent pour étudier les degrés de la sensibilité dans les différentes formes d'aliénation, et son influence sur la circulation des aliénés. Il conclut que l'électricité est utile : 1° comme agent thérapeutique; 2° comme moyen de diagnostic; 3° et enfin comme moyen de répression.

Des troubles fonctionnels de la peau et de l'action de l'électricité chez les aliénés, par M. Auzouy. (Annales médico-psychologiques, p. 527, et Nancy, imprimerie Dard; in-8, 40 pages.)

L'auteur démontre d'abord que l'analgésie est un état pathologique qui ne constitue pas seulement un accident fortuit propre à quelques cas d'aliénation mentale, mais bien un symptôme très-fréquent et dont l'apparition se lie intimement à la plupart des types de la folie. Le praticien doit donc tenir un compte sérieux de l'analgésie, et c'est pour cela que l'auteur a entrepris ses recherches sur l'électrisation des aliénés. Comme agent thérapeutique, le courant électro-magnétique a toujours été inoffensif et exempt de danger dans son application; il a contribué de la manière la plus efficace à rétablir la sensibilité là où elle faisait défaut, et à procurer du ressort et de l'énergie au système musculaire engourdi. Comme moyen de diagnostic, cet agent a permis de constater avec quelque précision le degré d'anesthésie, de douleur ou d'analgésie que présentent les aliénés dans le cours de leurs affections mentales. Mais il ne constitue pas un moyen de coercition pouvant remplacer avantageusement la

douche ou la camisole. On pourrait néanmoins s'en servir pour vaincre des résistances dont on pourrait triompher, telles que le refus d'alimentation, le mutisme volontaire, l'inertie. La médecine légale des aliénés pourra aussi en retirer quelque avantage.

De l'hémorrhagie des méninges chez les aliénés, par M. Joire. (Paris, imprimerie Moquet; in-8, 55 pages.)

Epidémie hystérique religieuse à Belfast (*Irlande*), par M. Giraud-Teulon. (Gazette médicale, p. 615.)

D'une variété de pellagre propre aux aliénés, ou pellagre consécutive à l'aliénation mentale, par M. Billod. (Académie des sciences, 3 janvier, et Annales médico-psychologiques, p. 161.)

M. Billod, continuant ses recherches sur la pellagre, a fait un appel à tous ses confrères des asiles départementaux pour savoir s'ils possèdent dans leurs services des cas analogues à ceux observés par lui dans les asiles de Rennes et d'Angers. C'est le résultat de cette enquête qu'il fait connaître dans ce mémoire. Il en résulte que, à part quelques établissements qui paraissent jouir d'une immunité à peu près complète, les moins explicites de tous les renseignements constatent l'apparition plus ou moins fréquente, chez les aliénés, d'érythèmes produits par l'aliénation, se manifestant d'ordinaire au printemps, affectant principalement le siége attribué aux symptômes cutanés de la pellagre et liés le plus souvent à des symptômes généraux.— L'auteur proteste en outre contre le classement que l'on a fait de la pellagre parmi les dermatoses; ce classement, dès que ladite altération cutanée n'est que l'expression d'une disposition morbifique intérieure, n'étant pas plus rationnel que le serait celui de la variole, de la scarlatine, de la rougeole, pour les éruptions qui les caractérisent.

*Rapports médico-légaux. — Affaire de Louis R***, élève du séminaire d'Aix*, par M. Aubanel. (Annales médico-psychologiques, p. 28.)

Conclusions principales : — 1° L'inculpé Louis était disposé à la folie par hérédité, et par suite des maladies cérébrales qu'il a endurées dans le jeune âge et dans ces derniers temps.— 2° L'érysipèle avec délire, dont il a été affecté en mars 1857, a été la cause déterminante de la maladie mentale qui est survenue; la céphalalgie qui s'en est suivie était l'indice du travail morbide qui se préparait. — 3° Cette maladie s'est annoncée en premier lieu par l'exagération de ses singularités, par des changements dans ses habitudes, et par quelques manifestations plus ou moins déraisonnables.— 4° Elle s'est caractérisée ensuite par plusieurs

idées dominantes; mais celle d'un goût excessif pour l'extraordinaire, celle de l'homicide et celle d'un amour exagéré pour un jeune camarade ont été les plus exclusives. — 5° Le penchant à l'homicide est devenu si absolu, qu'après une lutte assez longue il s'est vu sur le point d'y obéir. — 6° Son goût pour l'extraordinaire, combiné avec ses idées d'homicide, l'a poussé à vouloir tuer son meilleur ami. — 7° Ces idées dominantes ont constitué chez l'inculpé une véritable monomanie homicide.

*Rapport médico-légal sur l'état mental du nommé G***, accusé de tentative de meurtre*, par M. Mérier. (Moniteur des hôpitaux, p. 625.)

Quelques cas d'aliénation mentale considérés sous le point de vue du diagnostic, par M. Broussais. (Thèses de Strasbourg.)

Quelques observations pour démontrer les difficultés du sujet.

Hallucinations observées chez un jeune enfant pendant la convalescence d'une pneumonie aiguë, par M. Thore. (Gazette des hôpitaux, p. 3.)

Recherches cliniques sur le mode d'administration de l'opium dans la manie, par M. Legrand du Saulle. (Annales médico-psychologiques, p. 1, et Gazette des hôpitaux, p. 58.)

Bien des médecins déjà ont préconisé l'emploi de l'opium dans la folie ; mais il a semblé à M. Legrand du Saulle que personne encore n'en avait formulé d'une manière très-précise le mode d'administration ; il consiste, selon l'auteur, dans l'emploi de l'opium à doses progressives et continues, et il pose en principe que le manomètre de la médication réside dans le surcroît d'agitation et dans l'exaspération de tous les symptômes maniaques, sous l'influence de l'agent narcotique. Lorsque le malade subit l'*entraînement opiacé*, s'il s'agite en raison directe de la dose du médicament, il guérit; s'il s'affaisse au contraire dès le début, il faut abandonner sur-le-champ cette médication, sous peine de voir apparaître bientôt des accidents. La persévérance, en pareil cas, est plus nuisible qu'utile. Suivent des observations.

Manie aiguë, simulant au début un rhumatisme cérébral, par M. Bouquet. (Gazette des hôpitaux, p. 331.)

Manie frappante, par M. Brierre de Boismont. (Gazette hebdomadaire, p. 395.)

La manie frappante n'est pas la *manie des esprits frappeurs;*

M. Brierre de Boismont a éprouvé le besoin de décorer de ce nom des espèces d'accès, pendant lesquels un jeune homme de onze à douze ans court, prend des bâtons et frappe. Ce malade est très-irritable; il a de la céphalalgie, des bourdonnements d'oreilles; il ne se rappelle rien après l'accès. — MM. Delasiauve et Baillarger ont vu chacun plusieurs cas analogues : ces perversions instinctives se terminent souvent par l'épilepsie.

Monomanie érotique, par M. Taruffi. (Acad. delle scienze dell' instito di Bologna, et Gazette médicale de Lyon, p. 75.)

M. Taruffi a dû faire un rapport médico-légal sur le cas suivant : Un paysan des environs de Bologne, d'habitudes jusque-là honnêtes et laborieuses, commença, à l'âge de quarante ans, à être pris d'accès érotiques qui le faisaient fuir son domicile, s'abandonner à la masturbation, et poursuivre toutes les femmes qu'il rencontrait, quel que fût leur âge, sans pour cela cesser de remplir les devoirs conjugaux. Ces accès, qui revenaient à peu près tous les mois, durèrent pendant dix ans. A la fin il fut emprisonné et mis en jugement. — Jugeant d'après les circonstances du fait, et rappelant aussi d'autres cas semblables, M. Taruffi n'a pas hésité à conclure que l'exaltation des fonctions génitales dérivait chez cet homme de conditions non physiologiques et devait être considérée comme l'effet d'un état morbide.

Nymphomanie guérie par une émotion morale, par M. Esther. (La Espana med.)

Une jeune fille, à la suite de certaines lectures, est prise de nymphomanie. Le médecin la conduit à l'hôpital des vénériennes, où il lui montre une femme couverte de plaies et souffrant beaucoup. — Guérison immédiate de la nymphomanie.

Mélancolie religieuse avec tendance au suicide, guérie par une chute d'un lieu élevé, par M. Citella. (Gazetta med. italiana Lombardia, et Gazette médicale de Lyon, p. 224.)

L'émotion morale éprouvée par la malade a amené une guérison instantanée qui dure depuis cinq ans.

Du bain, de la douche et des affusions froides dans le traitement de la folie et des névroses hystériques et hypocondriaques, par M. Brocard. (Thèses de Paris, nº 143.)

Quelques considérations sur la plique et sur une nouvelle variété d'hypocondrie (hypocondrie trichomatique), par M. Raciborski. (Académie de médecine, 22 février.)

M. Raciborski présente une masse énorme de cheveux ayant

appartenu à un ecclésiastique polonais et ne constituant que la moitié extérieure de sa plique. Le malade a travaillé pendant sept ans à atteindre ce résultat, aidant de toutes ses forces à la production du feutrage de ses cheveux, allant même jusqu'à faire couler dans ses cheveux de la cire fondue. Il pensait ainsi favoriser les efforts de la nature, et cherchait à se débarrasser du virus pliqueux. — M. Raciborski a reconnu, par l'examen et l'observation du malade, que celui-ci était atteint d'une véritable hypocondrie. Sous l'influence de cette aberration intellectuelle, le malade se croyait la proie d'une foule d'imminences morbides dont la crise pliqueuse devait favoriser la disparition définitive. — Se livrant ensuite à des considérations étendues sur les diverses variétés d'hypocondrie, M. Raciborski cherche à établir l'existence d'une hypocondrie qu'il appelle trichomatique et qui est caractérisée par le penchant des malades à se croire atteints de diathèse pliqueuse. — L'auteur parle ensuite des recherches microscopiques auxquelles il s'est livré avec M. Robin sur l'altération des cheveux qui accompagne la plique. — Le microscope permet de découvrir dans la plique une grande quantité de cellules épithéliales et une forte proportion d'éléments d'un champignon semblable à celui de la teigne (*achorion Schœnleini*).

Introduction à l'étude de la lypémanie, par M. Renaudin. (Nancy, Grimblot ; in-8, 39 pages.)

Lypémanie, par M. A. Voisin. (Gazette hebdomadaire, p. 700.)

Rapport de M. A. Voisin sur un mémoire de M. Renaudin.

Des pseudo-monomanies ou folies partielles diffuses, par M. Delasiauve. (Annales médico-psychologiques, p. 217 ; Courrier médical, n°s 12 et 13, et Paris, V. Masson, in-8, 15 pages.)

L'auteur cherche à établir une barrière entre la monomanie dont le caractère ne varie pas et certaines formes diffuses dans lesquelles la monomanie se transforme en délire maniaque et *vice versa*.

Folie transitoire, par M. Devergie. (Académie de médecine, 1er mars.)

Il s'agit d'un jeune homme qui, sans motif réel, avait tué sa belle-mère d'un coup de pistolet, et qui fut acquitté sur l'avis des experts, qui déclarèrent que cet acte avait été commis sous l'influence d'une folie transitoire. Cette opinion a été confirmée par la fin de ce malheureux, qui s'est brûlé la cervelle sur la tombe de sa belle-mère après avoir tracé sur son carnet cette phrase :

« Je veux mourir sur la tombe de celle que j'ai tant aimée et tant regrettée. » Or, ce jeune homme avait nourri, pendant dix ans, une aversion profonde à l'égard de sa belle-mère. Ce langage, ainsi que le suicide, sont donc évidemment l'œuvre d'un fou.

Lettre sur une légère vésanie non encore décrite, par M. Marchal de Calvi. (Progrès, p. 1.)

Cette vésanie n'est autre que l'*arithmomanie ;* cette dénomination indique assez en quoi consiste cette très-inoffensive monomanie.

Note sur un cas d'éclampsie et de manie puerpérale, par M. Duriau. (Paris, Adrien Delahaye, brochure de 19 pages.)

Sous ce titre, M. Duriau, après avoir exposé dans tous ses détails une observation très-intéressante, recueillie dans les salles de la Charité, à la fin de l'année 1857, passe en revue les principales doctrines à l'aide desquelles on a voulu, dans ces derniers temps, expliquer l'apparition de l'éclampsie et de la manie chez les femmes en couches. — Voici les conclusions auxquelles il s'arrête : — Les accidents convulsifs de l'éclampsie se sont manifestés à la suite d'une émotion morale, très-pénible pour la malade.— La même cause semble avoir déterminé la manie puerpérale. — Les hydropisies intracrâniennes, et non pas l'urémie, expliquent les convulsions des albuminuriques. — L'opium administré à haute dose est d'un puissant secours contre l'éclampsie, et surtout contre la manie qu'on observe chez les femmes en couches.

Manie puerpérale, par M. A. Motet. (Moniteur des sciences, p. 52.)

Une observation.

Délire mélancolique déterminé par une grossesse passée inaperçue de tous, même de la malade, et jugé par un accouchement et une délivrance simultanés, également accomplis à l'insu de la malade, par M. Berthier. (Gazette médicale de Lyon, p. 116.)

Voici en quelques mots le fait : une femme de vingt-neuf ans, mère d'un enfant vivant, nièce et cousine de plusieurs aliénés, après avoir présenté pendant un certain laps de temps des actes et des propos *de travers*, selon l'expression de son mari, devint aliénée le 24 juin 1858 : elle entra le 14 août à l'asile avec un délire mélancolique ; le 19 novembre, tout à coup une anasarque subite, inexplicable, s'étend sur le corps de la malade : rien aux poumons, au cœur, ni au foie ; sentiment de fatigue à la région

des vertèbres dorsales; dans la profondeur et au centre des viscères abdominaux, l'auteur sentit une tumeur ovoïde, inégale, dont la manipulation occasionna une légère souffrance; l'aménorrhée étant très-commune parmi les aliénées, on n'y prit pas garde et l'on prescrivit un régime tonique, vu l'état de la faiblesse générale. Le lendemain, même état; lipothymie qui cède à des vapeurs d'éther. Le surlendemain, à neuf heures du soir, la malade éprouve une forte colique qui a cessé, au dire de la malade, avec la satisfaction d'un pressant besoin d'uriner, mais en réalité par l'expulsion d'un enfant à terme, asphyxié, enveloppé de toutes ses membranes intactes! Tout marcha bien, et, deux mois après, elle ignorait encore ce qui s'était passé. L'état physique et moral s'améliora dès lors, au point qu'elle partait guérie le 25 janvier 1859.

Discussion sur la paralysie générale.
(Société médico-psychologique.)

M. *Parchappe* a ouvert la discussion, et, dans un discours des plus remarquables, il a établi que la paralysie générale est une espèce morbide distincte, se produisant sous l'influence de causes qui entraînent la surexcitation du cerveau, principalement chez l'homme et dans l'âge de la virilité, dont les symptômes se résument en une lésion générale et simultanée de l'intelligence, des mouvements volontaires et de la sensibilité, qui a pour siége la couche corticale des deux hémisphères cérébraux; qui a pour caractère anatomo-pathologique constant un ramollissement inflammatoire de la couche corticale, et qui, à travers des congestions plus ou moins répétées, entraînant de jour en jour un affaiblissement plus prononcé de l'intelligence, des mouvements volontaires et de la sensibilité, aboutit fatalement à la mort par la congestion ou par le marasme cérébral, et il croit devoir désigner cette affection sous le nom de *folie paralytique*. (Les idées de M. Parchappe ont été exposées dans une brochure ayant pour titre : *De la Folie paralytique et du rapport de l'atrophie du cerveau à la dégradation de l'intelligence dans la folie,* par M. Parchappe. Paris, V. Masson; in-8°, 67 pages.)

M. *Delasiauve,* abordant à son tour la question de la paralysie générale, croit qu'il est prématuré de se prononcer. Les traces de méningite chronique rencontrées après la mort lui paraissent plutôt le résultat que la cause de la maladie. La réalité d'une encéphalite ne lui semble pas mieux prouvée; mais ce qui lui semble certain, c'est l'existence d'une altération *sui generis* constituant une affection distincte et spéciale.

M. *Baillarger* veut que l'on établisse une démarcation profonde entre la manie ambitieuse et la démence paralytique, attendu

que ces deux états ont des symptômes et des caractères anatomiques différents, et qu'ils ont, en outre, une existence isolée.

M. *Pinel* pense que la paralysie générale est une maladie particulière, spéciale, caractérisée par une lésion plus ou moins étendue de la motilité, tendant à progresser et à se généraliser. Elle existe à l'état de simplicité ou à l'état de complication. Dans le premier cas, elle est indépendante ; on ne remarque aucun trouble du côté de l'intelligence. Dans le deuxième cas, elle est fréquemment unie avec la folie. Elle peut exister à l'état simple jusqu'à la mort; mais le plus souvent la folie vient compliquer la lésion des mouvements. Toutes les formes de la folie peuvent se rencontrer ; la monomanie des grandeurs manque assez souvent. Le pronostic est très-fâcheux, et la terminaison presque toujours funeste ; cependant il existe des exemples bien avérés de guérison. Cette dernière thèse de la possibilité de la guérison, et l'existence de la paralysie générale non compliquée de la folie, tels sont les deux points principaux de l'argumentation de M. Pinel. Quant à la nature et au siége de l'affection, il ne cherche pas à se prononcer.

M. *Belhomme* revendique pour lui la démonstration des lésions profondes de la paralysie dans leur rapport avec les lésions fonctionnelles. Il croit que ces lésions sont le résultat de l'inflammation, mais d'une inflammation particulière qu'il nomme *congestive*. C'est une hypérhémie désorganisatrice qui s'établit lentement, et qui amène successivement la dureté et bientôt après le ramollissement du cerveau.

M. *Jules Falret*, dans un substantiel discours, est venu aussi soutenir que la paralysie générale des aliénés est une individualité morbide, caractérisée par ses lésions anatomiques, par ses symptômes physiques, par la spécialité de son délire et par sa marche. Il a pris une à une toutes les objections que l'on a faites à cette doctrine et les a énergiquement combattues. Voici ces objections et l'argumentation qui les suit : 1° *Objection tirée des faits dans lesquels la paralysie générale survient comme complication des aliénations anciennes*. Réponse. Le fait, s'il existe, est au moins très-rare, et, dans l'immense majorité des cas, la maladie est caractérisée dès son début et distincte des autres formes de folie. 2° *Objection tirée de l'existence d'un certain nombre de faits de paralysie générale sans délire*. Réponse. Ce fait est plus rare qu'on ne le dit ; d'autre part, plusieurs cas classés sous ce nom doivent être répartis dans diverses affections connues, et ne peuvent être considérés comme un début réel de paralysie des aliénés. Enfin, dans beaucoup de cas qu'on dit exempts de délire, il est facile de découvir des traces évidentes de débilité ou de trouble des fonctions intellectuelles, qui permettent de prévoir l'explosion ultérieure d'un délire plus étendu, lequel se

produit tôt ou tard. 3° *Objection tirée des diverses variétés de début de la folie paralytique.* Réponse. Il est parfaitement exact que la paralysie générale présente à son début quelques variétés. Elles sont même, suivant M. Falret, au nombre de quatre. La première, ou *variété paralytique*, est celle dans laquelle les troubles de la motilité prédominent et correspond à ce qu'on a appelé paralysie sans délire; mais le caractère et l'intelligence sont toujours altérés et affaiblis, et le délire finit toujours par envahir la scène. La deuxième variété est la *variété congestive.* Son nom indique assez qu'elle débute par des congestions répétées. Dans ce cas encore, les troubles physiques prédominent sur les troubles intellectuels. Cette variété aboutit, comme la précédente, à une maladie identique, malgré la différence du début. La troisième variété est la *variété mélancolique.* Dans celle-ci, comme dans celle qui va suivre, les troubles intellectuels prédominent. La quatrième est la *variété expansive*, caractérisée par le délire des grandeurs. Ces quatre variétés, envisagées séparément, paraissent essentiellement distinctes l'une de l'autre; mais, dans la pratique, elles se confondent ou se succèdent souvent l'une à l'autre, et sont rarement isolées. 4° *Objection tirée des différences dans la marche et les symptômes de la maladie confirmée.* Réponse. Il en est de ces variétés de marche comme des variétés de début; très-distinctes en apparence, elles se confondent en réalité à chaque instant et empiètent constamment l'une sur l'autre, au point de rendre impossible toute distinction fondamentale entre elles. 5° *Objection tirée des accès maniaques, avec idées de grandeur, qui ne se terminent pas par la paralysie générale.* Réponse. On n'a pas assez analysé le délire des grandeurs propre à la folie paralytique. Ce qui le caractérise, c'est qu'il est multiple, mobile, absurde et contradictoire; c'est l'absence de coordination qui contraste d'une manière très-remarquable avec le délire d'orgueil, systématisé des autres aliénés. En examinant ainsi isolément, dit M. J. Falret en terminant, chacun des symptômes essentiels des maladies, et en se demandant s'ils sont constants dans cette affection, on fragmenterait toute la pathologie; on détruirait une à une toutes les maladies, même les plus solidement établies; on ferait de la séméiologie et non de la nosologie.

M. *Baillarger* prononce quelques mots pour établir l'existence de la paralysie pellagreuse et pour défendre sa distinction des folies congestives et notamment de la manie congestive.

M. *Brierre de Boismont* lit un long discours, où il examine presque tous les points en litige. Comme ce discours est composé tout entier avec des observations, nous chercherons à en extraire les conclusions. Voici, en peu de mots, ce qu'elles établissent: 1° Les lésions de la motilité et de l'intelligence peuvent débuter,

tantôt simultanément, tantôt successivement. 2° La congestion, quelle que soit sa fréquence, n'est pas le moteur unique du mal. 3° La paralysie générale peut débuter d'une manière très-lente ou faire subitement explosion. 4° Chose plus importante, le pronostic est très-grave, mais la science possède des cas non douteux de guérison, et M. Brierre en cite lui-même. 5° La maladie est presque toujours primitive; cependant elle peut succéder à une autre maladie mentale.

M. *Parchappe*, résumant la discussion, constate qu'elle a été favorable à la doctrine par lui émise au début; puis, s'élevant plus haut, et abordant la question de pathogénie, il établit que la folie est un développement morbide essentiellement caractérisé par une percussion de l'activité dynamique qui préside aux phénomènes de l'activité cérébrale; que cette lésion représente pour la folie simple, le plus généralement pour l'état aigu, un fait d'augmentation; pour l'état chronique, un fait de diminution d'activité. Ces deux faits généraux se traduisent généralement dans la folie aiguë par des altérations plastiques qui expriment l'augmentation de la vie cérébrale ; dans la folie chronique, par des altérations qui expriment la diminution de cette vie. Le développement morbide peut, dans la folie, atteindre plus ou moins immédiatement l'état de phlegmasie, et quand cet état se produit dans la couche corticale cérébrale, on a la folie paralytique.

Après quelques nouvelles observations de MM. *Baillarger* et *Delasiauve*, la discussion est close.

Paralysie générale des aliénés, par M. J. Benoit. (Thèses de Paris, n° 233.)

Découverte de la paralysie générale; doctrines émises par les premiers auteurs, par M. Baillarger. (Union médicale, t. IV, p. 209, etc.)

Etude historique très-intéressante. M. Baillarger passe en revue les opinions des aliénistes depuis le commencement du siècle.

Recherches sur quelques altérations de la motilité et de la sensibilité dans la paralysie générale des aliénés, par M. Brierre de Boismont. (Union médicale, p. 474, t. II.)

Au début d'une paralysie générale, il existe des paralysies musculaires partielles, ou des anésthésies cutanées, qui peuvent mettre sur la voie du diagnostic.

Paralysie générale des aliénés, par M. Earle. (The American Journ., et Gazette médicale, p. 156.)

C'est un cas de guérison qui paraît être authentique.

Crétinisme; longévité remarquable de deux crétins, par M. Auzouy. (Gazette des hôpitaux, p. 317.)

Des tumeurs sanguines des oreilles, par M. Delasiauve. (Gazette hebdomadaire, p. 322.)

Dans cet article, M. Delasiauve résume différents travaux faits sur ce sujet.

Tumeurs sanguines du pavillon de l'oreille chez les aliénés, par M. A. Foville. (Gazette hebdomadaire, p. 450-469.)

Conclusions : 1° Les tumeurs sanguines du pavillon de l'oreille que l'on observe chez les aliénés sont constituées par du sang épanché, non sous la peau, mais sous le périchondre détaché du cartilage. 2° Le périchondre ainsi détaché revient sur lui-même à mesure que le sang épanché se résorbe, et il entraîne dans son retrait les autres portions du pavillon, ce qui explique la déformation consécutive à ce genre de tumeur. 3° Le périchondre exhale à sa face interne un cartilage de nouvelle formation, que forment tantôt une couche unie à toute sa surface, tantôt des îlots indépendants, plus ou moins éloignés les uns des autres. Ces produits sont la cause de l'épaississement des oreilles qui ont été le siége des tumeurs sanguines. 4° La formation des tumeurs sanguines du pavillon de l'oreille est le plus souvent précédée et accompagnée d'un trouble général dans la circulation céphalique, et il est digne de remarque que l'augmentation de rougeur, de chaleur et de sensibilité que l'on constate dans ce cas, ressemble d'une manière frappante à ce que l'on observe chez les animaux auxquels on a coupé le grand sympathique au cou, ou enlevé le ganglion cervical supérieur. Quoiqu'il soit impossible, jusqu'à ce jour, de conclure de ce rapprochement rien de précis, il est permis d'espérer que de nouvelles études, poursuivies dans cette voie, pourront jeter un certain jour sur l'étiologie des congestions et des hémorrhagies des différentes parties de la tête.

Tumeurs sanguines des oreilles chez les aliénés, par M. A. Motet. (Gazette hebdomadaire, p. 502.)

Cinq observations. — M. Motet pense que l'épanchement sanguin est renfermé dans un kyste formé par le fibro-cartilage de l'oreille en arrière et par le périchondre décollé en avant.

Double tumeur sanguine du pavillon de l'oreille et tumeur de même nature à la paupière supérieure, chez un aliéné mélancolique, par M. Marcé. (Annales médico-psychologiques, janvier.)

Le titre de cette observation en indique le principal intérêt :

les deux tumeurs sanguines des oreilles se montrèrent dans le courant du mois d'août, celle de la paupière commença à paraître le 17 octobre. Au moment de la mort, survenue en décembre, la paupière avait à peu près repris son aspect normal, mais les deux tumeurs de l'oreille avaient encore le volume d'une petite noix.

Traité des entozoaires et des maladies vermineuses de l'homme et des animaux domestiques, par M. Davaine. (Paris, J.-B. Baillière; in-8, 338 pages.)

Reproduction de divers zoophytes et transformation du trichina spiralis en tricocephalus, par M. Van Beneden. (Académie des sciences, 27 septembre.)

Développement et propagation du trichocéphale de l'homme et de l'ascaride lombricoïde, par M. Davaine. (Journal de Physiologie, p. 295.)

L'œuf du trichocéphale et l'œuf de l'ascaride lombricoïde se développent hors du corps de l'homme. — L'apparition de l'embryon n'a lieu, pour l'un et pour l'autre, qu'après six ou huit mois en hiver, et un mois au moins en été. — L'embryon, renfermé dans l'œuf, y vit plus d'un an. — Dans ce long intervalle de temps, les œufs du trichocéphale et de l'ascaride lombricoïde peuvent, sans nul doute, être transportés par les pluies dans les ruisseaux, les rivières et les pluies dont l'eau sert comme boisson ou est employée dans la préparation des aliments. Ces œufs, complétement développés, peuvent arriver par cette voie dans l'intestin de l'homme et y acquérir un développement ultérieur et complet.

Infusoires intestinaux chez l'homme, par M. Malmsten. (Archiv für pathologische Anatomie, t. XII, et Gazette hebdomadaire, p. 380.)

Un marinier, âgé de trente-huit ans, était atteint d'une affection lientérique qui résista à l'emploi de diverses médications. L'exploration du rectum y fit découvrir, près de l'anus, un ulcère à fond solide, à bords boursouflés, recouvert d'une sanie puriforme. Le microscope fit reconnaître dans ce liquide un grand nombre d'animalcules se rapprochant des paramécies. L'ulcère se cicatrisa, grâce à une médication active (cautérisation au nitrate d'argent et injection d'huile de foie de morue); mais l'état des fonctions digestives ne changea guère. Les selles furent alors examinées immédiatement après leur évacuation, et on y reconnut un nombre incroyable des mêmes infusoires. M. Malmsten pres-

crivit des lavements à l'acide chlorhydrique, qui amenèrent une amélioration notable et réduisirent presque à rien le nombre des animalcules. — Dans une seconde observation, une femme, âgée de trente-cinq ans, présenta les mêmes symptômes ; la malade mourut dans le marasme. A l'autopsie, on trouva des ulcérations gangréneuses dans le gros intestin. Le pus sanieux qui les recouvrait contenait des infusoires, mais ils étaient beaucoup plus abondants dans le mucus qui recouvrait les points non atteints de la muqueuse, et surtout dans le cœcum et l'appendice vermiforme, qui n'étaient pas malades. On n'en retrouva pas un seul au-dessus de la valvule iléo-cœcale.

Echinocoques innombrables dans divers organes, par M. Wanderlich. (Gazette hebdomadaire, p. 363.)

Tumeur à la région inguinale droite contenant des lombrics; guérison, par M. Batalla. (Revue Thérapeutique du Midi, 15 avril.)

Une femme de trente ans vit s'élever dans l'aine droite une petite tuméfaction avec rougeur légère, douleur et chaleur ; au bout de peu de jours, la suppuration s'établit et donna, pendant deux jours, une petite quantité de pus bien formé. Puis le pus devint séreux, et, une nuit, la malade sentit un lombric qui était à moitié sorti de la plaie et qu'elle acheva de tirer au dehors. Ce lombric avait 20 centimètres de longueur. Le jour suivant, il se présenta un autre lombric, de mêmes dimensions que le premier; enfin, la malade finit par en retirer jusqu'à douze par la même ouverture. Il n'y avait aucun symptôme de péritonite ni aucun indice de perforation de l'intestin et de communication avec l'abcès.

Cysticerques dans le cœur, le cerveau et presque tous les muscles, par M. Molland. (Bulletin de la Société anatomique, p. 60.)

Cette malade n'avait pas présenté de symptômes morbides, si ce n'est une hypertrophie du cœur. Pas de trouble de l'intelligence, malgré un nombre considérable de cysticerques dans le cerveau.

Accidents graves déterminés par les oxyures; leur traitement, par M. Hervieux. (Société médicale des hôpitaux, 23 mars, et Union médicale, p. 345 et 352.)

M. Hervieux a communiqué l'observation suivante : un homme de trente-cinq à quarante ans, ayant eu dans son enfance des oxyures, éprouva, en juillet 1857, une dyssenterie, qui se calma d'elle-même au bout d'un mois. En juin 1858, les mêmes sym-

ptômes se montrèrent avec une plus grande intensité, et M. Hervieux put alors constater que le malade était pris, de dix à quinze fois par jour, d'un besoin brusque et irrésistible d'aller à la selle; qu'il évacuait un liquide filant et glaireux, très-rarement sanguinolent, et enfin qu'il avait, après chaque évacuation, des épreintes très-douloureuses, qui étaient dues à une contraction du sphincter de l'anus. — Ce spasme, facile à reconnaître par l'exploration, était continu, mais sujet à des exacerbations qui reconnaissaient pour cause les efforts involontaires auxquels se livrait le malade à chaque garde-robe. — Les douleurs s'irradiaient dans le périnée, les cuisses, les fesses et l'aine. — Pas de fièvre; conservation de l'appétit; tous les jours, assez régulièrement, le malade rendait des matières solides qui ne ressemblaient pas aux évacuations diarrhéiques. — L'honorable médecin, en présence de ces phénomènes, pensa qu'il avait affaire à une fissure anale, puis à une rectite, et prescrivit, sous l'influence de ce dernier diagnostic, un régime antiphlogistique très-sévère. — Malgré ce traitement, le malade passa plusieurs mois dans une position vraiment cruelle : épuisé par la secrétion rectale et le ténesme, osant à peine prendre quelques aliments, dans la crainte d'exagérer le catarrhe intestinal, tombant dans un état chloro-anémique de jour en jour plus voisin de la cachexie. — On pouvait, en ce moment, craindre une affection organique du rectum; mais l'examen local le plus minutieux ne permettait pas de constater la moindre lésion. — Dans le courant du mois de décembre, les accidents parurent se calmer, et M. Hervieux put ordonner un purgatif, que la malade avait jusqu'alors refusé. — 40 grammes d'huile de ricin déterminèrent plusieurs selles copieuses et l'expulsion d'une multitude innombrable de petits vers de 3 à 4 millimètres, qu'il fut facile de reconnaître pour des oxyures. — Les douleurs disparurent les jours suivants, ainsi que la sécrétion rectale. — Peu de temps après, une nouvelle purgation fit de nouveau justice de quelques accidents qui se montrèrent. — Dans le courant de janvier 1859, le malade a repris deux fois, à quinze jours d'intervalle, l'huile de ricin; mais le nombre des oxyures mêlés à la matière des évacuations était devenu fort peu considérable, et c'est à peine si l'on en découvrit quelques-uns après la dernière prise du médicament. — Les forces et l'embonpoint sont revenus, et le rétablissement est aujourd'hui aussi complet que possible. — M. Hervieux a fait suivre de quelques réflexions le récit du fait qu'il a observé; on peut les résumer dans les propositions suivantes : 1° la présence des oxyures dans l'intestin peut, sous l'influence de certaines causes déterminées, donner lieu à une affection du rectum, caractérisée par une hypersécrétion catarrhale très-abondante, des envies fréquentes et irrésistibles d'aller à la garde-robe, des épreintes, du ténesme,

et une contracture douloureuse du sphincter ; — 2° l'abus du café et des alcooliques paraît être la cause la plus active du développement de ce genre d'accidents chez les sujets affectés d'oxyures ; — 3° l'huile de ricin et les lavements simples quotidiens sont, dans l'état actuel de la science, les moyens les plus sûrs à l'aide desquels on puisse expulser les oxyures et faire cesser les accidents qu'ils déterminent. — La discussion a porté sur l'incurabilité des oxyures, sur leur traitement par les lavements de savon (Guérard), contenant de 25 à 60 centigrammes de sulfure de soude ou de potasse (Blache), de l'onguent napolitain (Legroux) ; sur l'efficacité de l'huile de ricin ; enfin, sur l'étiologie : le café et les alcooliques congestionnent le rectum et aggravent les accidents produits par les oxyures.

Traitement des oxyures vermiculaires.
(Gazette des hôpitaux, p. 269 et 306.)

A propos de l'observation de M. Hervieux, on cite quelques médications, et surtout celle par l'onguent mercuriel, par des lavements contenant de 4 à 6 grammes d'éther (Delasiauve), etc.

Traitement des oxyures vermiculaires. — Ether sulfurique,
par M. Compérat. (Union médicale, t. III, p. 115.)

Il consiste tout simplement dans l'administration de 5, 10, 15 ou 20 gouttes d'éther sulfurique dans un demi ou un tiers de lavement d'eau simple, selon l'âge du sujet, et répétée un plus ou moins grand nombre de fois à un ou deux jours d'intervalle, suivant l'opiniâtreté de la maladie. Cet agent, outre qu'il a l'avantage, par sa subtilité, d'imprégner facilement les larves et de tuer, par conséquent, l'animalcule *ab ovo*, a encore celui non moins grand, par ses propriétés antispasmodiques, de calmer les phénomènes nerveux locaux et généraux que la présence de ce parasite dans le rectum pourrait avoir occasionnés. Depuis dix à douze ans que M. Compérat expérimente cette médication, dont l'auteur lui est inconnu, il en a constamment obtenu des résultats satisfaisants, et n'a jamais eu besoin de recourir à aucun autre moyen.

Traitement des oxyures vermiculaires par les lavements au chlorure de sodium, par M. Le Cœur. (Union médicale, t. II, p. 599.)

M. Le Cœur a employé, depuis vingt-cinq ans de pratique, et toujours avec succès, le moyen suivant. Il consiste uniquement dans l'administration d'un demi-lavement d'eau simple tiède ou froide, dans laquelle il fait dissoudre, approximativement, de 30 à 50 grammes de sel gris ordinaire, sel de cuisine, sel marin,

sel commun, en un mot, de chlorure de sodium. Quelquefois, il a été obligé de le répéter le lendemain, presque jamais une troisième fois, et comme il ne se rappelle pas avoir jamais été consulté une deuxième fois pour la même cause, pour aucun de ses petits malades, il en conclut qu'ils ont été guéris.

Le chlorure de sodium serait-il, par hasard, l'oxyuricide recherché?

Assa-fœtida contre les oxyures vermiculaires.
(Journal de médecine de Bordeaux, juin.)

La teinture d'assa-fœtida et l'aloès seraient, d'après cet article, un excellent moyen à opposer aux oxyures.

Propriété vermifuge du vernis du Japon, par M. Hétet.
(Journal de Pharmacie et de Chimie.)

M. Hétet a donné avec le plus grand succès, pour l'expulsion des tænias, le vernis du Japon (*ailanthus glandulosa*) ; il emploie la poudre des feuilles, la poudre, l'extrait aqueux et l'extrait alcoolique de l'écorce, l'oléo-résine et la résine. — La poudre d'écorce a été donnée à la dose première de 50 centigrammes, et l'extrait aqueux à la dose de 25 centigrammes ; l'oléo-résine à la dose de 20 centigrammes ; la résine à celle de 40 centigrammes. Notons que cette dernière a rarement réussi.

Formule contre le tænia, par M. Reimonencq.
(Gazette des hôpitaux, p. 15.)

M. Reimonencq a employé la formule empirique suivante, qui a réussi à expulser un tænia rebelle à tous les moyens employés contre lui. Les effets immédiats de cette médication ont été des coliques assez violentes et une purgation énergique, qui semblait avoir été produite par les semences de courges.

Graines de courges (n° 200). . . . 40 grammes.
Huile de ricin }
Miel commun } ãã . . . . 30 grammes.

Mondez les graines, réduisez-les en pâte et ajoutez l'huile et le miel. A prendre en une seule fois dans une verrée de lait. Deux heures après l'injection de cette préparation, on administre dans une verrée d'eau froide un mélange composé de :

Huile de ricin }
Miel commun } ãã . . . . 30 grammes.

Le malade s'abstiendra de manger et de quitter la chambre jusqu'après l'expulsion du tænia.

Nouveau vermifuge. — Santonate de protoxyde de mercure, par M. Pavesi. (Archives belges de médecine militaire, et Gazette hebdomadaire, p. 371.)

Pour obtenir ce sel, il suffit de dissoudre séparément une partie de nitrate de protoxyde de mercure et une partie de santonate de soude dans quantité suffisante d'eau distillée; de mélanger les deux dissolutions, de laisser le précipité reposer vingt-quatre heures, et de le laver après l'avoir recueilli sur un filtre.

De l'emploi du kameela contre le ver solitaire. (Dublin medical Press, 6 juillet, et Archives générales de médecine, septembre, p. 344.)

Résultats obtenus par plusieurs médecins anglais. — Dans aucun cas, le kameela n'a échoué, et son administration n'a jamais été suivie d'accidents. M. Moore l'a trouvé également efficace contre les lombrics. On le donne aux enfants à la dose de 5 à 20 grains, répétée toutes les six heures, tant que les vers n'ont pas été rendus; dans quelques cas, il faut faire suivre son administration de celle de l'huile de ricin.

Expulsion d'un tænia complet, par M. Allaire.
(Gazette des hôpitaux, p. 490.)

Ce tænia a été rendu à la suite d'un purgatif (3 grammes de jalap).

De l'origine du tænia ou ver solitaire et des maladies hydatiques, par M. Ch. Bourcier. (Thèses de Paris, n° 216.)

Du dragonneau, par M. Benoît. (Montpellier médical, p. 518.)

A propos d'une observation de M. Thibaut, l'auteur fait l'histoire du dragonneau. Il est infiniment probable que le filaire pénètre dans les téguments pendant la marche à pieds nus. — Son siége paraît être dans le tissu cellulaire sous-cutané, aux membres inférieurs et dans la région des malléoles. — C'est dans les pays chauds que l'on observe habituellement le dragonneau : dans l'Inde, le Sénégal, l'Arabie. — Le plus souvent, il n'en existe qu'un ou deux sur le même sujet; cependant on a pu en rencontrer cinq, sept, dix, vingt-trois, trente et même cinquante. La longueur du ver est de quelques millimètres jusqu'à un mètre et plus. — Le dragonneau peut rester pendant assez longtemps sous la peau où il s'est introduit sans manifester sa présence; il y a alors une sorte d'incubation plus ou moins prolongée qui peut durer six et même neuf mois. — Lorsque le ver manifeste sa présence, on remarque une petite tumeur, ressemblant à un paquet de petites veines variqueuses faisant saillie sous la peau ;

on distingue les circonvolutions du ver enroulé sur lui-même ; c'est cette disposition qui a fait donner à cette affection le nom de *veine de Médine;* c'est un aspect différent de celui des veines variqueuses, et il suffit de connaître l'histoire de la maladie pour être frappé de ce qu'elle a de spécial quand on est ensuite à même de l'observer. — Il se forme autour du ver un abcès *éliminateur* qui s'ouvre au dehors, et, par l'ouverture faite, on voit apparaître une extrémité du ver, ou une anse ; il faut alors saisir cette partie, la fixer sur une carte ou dans un bout de bois fendu, ou sur un morceau de diachylon, et on enroule avec précaution, tant que le ver peut sortir, en ayant soin de ne pas tirer de manière à en amener la rupture, accident extrêmement grave, au dire de la plupart des auteurs. — Lorsqu'on examine le ver à l'état frais, on reconnaît qu'il est rempli par un liquide blanc, laiteux, qui fut considéré d'abord comme une masse de petits œufs, mais l'examen microscopique fit voir que c'étaient de petits vers, bien vivants ; ces vermicules peuvent vivre plusieurs heures dans l'eau.

Le mémoire de M. Benoît a été présenté à l'Académie des sciences (25 juillet). M. Moquin-Tandon a donné quelques renseignements qui concordent avec ceux de M. Benoît.

Dragonneaux, au nombre de sept, développés dans les membres inférieurs ; guérison par l'enroulement du ver, par M. Marc Ficipio. (Gazette médicale d'Orient, et Gazette des hôpitaux, p. 115.)

De la présence accidentelle des œstres chez l'homme, par M. Duncan. Edinburgh veterinary Review, janvier, et Archives générales de médecine, septembre, p. 354.)

Une observation ; plusieurs larves de *l'œstrus bovis* ont été retirées du corps d'une jeune fille ; elles siégeaient sous la peau, où elles avaient produit des accidents inflammatoires.

Du strongle géant dans les voies urinaires de l'homme, par M. Lecoq. (Archives générales de médecine, juin, p. 666.)

Histoire d'une malade qui prétendait rendre des vers en urinant ; ce n'étaient que des intestins de pigeon. — M. Lecoq, examinant tous les faits rapportés par les auteurs, les trouve incertains, et il reste dans le doute sur l'existence du strongle géant dans les voies urinaires de l'homme.

Sur un nouveau cas de mort produit par le développement des larves de la lucilia hominivorax dans le pharynx ; description de la larve de ce diptère, par M. Coquerel. (Archives générales de médecine, juin, p. 685.)

L'auteur avait publié, en 1858, un mémoire sur ce sujet.

(Voir l'*Annuaire*, t. II, p. 270). Pour compléter son premier travail, il rapporte une nouvelle observation et donne la description de la larve de ce diptère.

Larves appartenant à une espèce nouvelle de diptères, par M. Boutigny. (Union médicale, t. III, p. 525.)

M. Boutigny se rappelle un fait observé à Paris dans un hôpital; ses souvenirs ne sont pas très-précis : Un chiffonnier ivre tomba dans une rue, peut-être sur un tas d'ordures, et s'y endormit profondément. Des mouches, probablement celles de la viande (*calliphora vomitoria*), déposèrent leurs œufs dans ses narines; les larves qui en sortirent se développèrent rapidement, envahirent les sinus frontaux et le dessous des paupières, où on les voyait ramper. C'est en cet état que ce malheureux fut transporté à l'hôpital. En sortit-il guéri? Je le crois, mais je n'oserais l'affirmer, mes souvenirs sont trop confus sur ce point.

Etudes sur l'évolution de quelques maladies chroniques, par M. E. Vibert. (Thèses de Paris, n° 12.)

Il ne s'agit ici que des maladies chroniques diathésiques, et le but de l'auteur est de rechercher le lien commun qui, rattachant entre elles diverses affections, en ferait en quelque sorte une maladie unique; c'est la synthèse qui vient compléter l'œuvre de l'analyse pathologique. Une première partie est consacrée à l'étude de ce qu'ont fait dans cette voie quelques médecins : Stahl, Dumas, F. Bérard (de Montpellier), Bordeu, Broussais et Lorry. Dans la seconde partie, M. Vibert a pris à tâche de continuer l'œuvre de Stahl, et de la compléter pour quelques affections; il ne s'en est pas tenu à l'individu considéré isolément, mais il a étendu ses recherches aux ascendants, aux collatéraux et aux descendants des individus soumis à son observation. Il avait remarqué : — 1° que la migraine se transmet très-souvent des parents à leurs enfants, fait admis par tous les auteurs; — 2° que très-souvent les enfants issus de parents sujets à la migraine ont des convulsions pendant leur dentition, — 3° que chez les collatéraux des individus atteints de migraine, on rencontre des gens qui ont eu dans le cours de leur vie un nombre plus ou moins considérable d'angines, lesquelles sont presque toujours caractérisées par un début très-brusque et par l'absence de suppuration; — 4° qu'on trouve également dans les mêmes familles une fréquence relativement grande de phénomènes congestifs; — 5° que dans les mêmes familles on trouve souvent des personnes affectées de goutte articulaire. — En ana-

lysant une série d'observations de ce genre, dont treize se trouvent consignées dans sa thèse, M. Vibert arrive à formuler cette proposition : Les convulsions chez les enfants, les épistaxis habituelles, les angines répétées, les migraines et les hémorrhoïdes, chez les jeunes gens et chez les adultes, les hémorrhagies cérébrales chez les vieillards, forment un groupe d'affections que leurs successions et leurs associations fréquentes permettent de considérer comme appartenant à une même famille pathologique. Au reste, M. Vibert considère chacune des maladies qui forment ce groupe comme autant de manifestations d'une diathèse dans laquelle la goutte des articulations figure, comme les autres, à titre de symptôme spécial, et qui a ceci de particulier, qu'il apparaît en général plus tardivement que les autres, et qu'il est plus rare dans les classes pauvres de la société. Ainsi disparaît tout le long et vague chapitre de la goutte anormale, et le domaine de la diathèse goutteuse, s'expliquant d'ailleurs, quant à sa nature, se trouve consiédrablement mais aventureusement élargi.

Des séries morbides, par M. E. Luton. (Thèses de Paris, n° 38.)

Remarquable étude de physiologie pathologique ; cette thèse se compose d'un certain nombre de paragraphes qui s'enchaînent méthodiquement.

Résumé : — I. La santé n'est qu'une évolution fonctionnelle régulière : l'état morbide est le trouble de cet état de choses, dont il ne diffère pas essentiellement : la description de la série pathologique doit être calquée sur l'ordre suivant lequel s'enchaînent les actes moraux de la vie. — II. La vie se passe à lutter contre des influences extérieures. L'individu vivant est circonscrit par une surface sensible composée de deux parties répondant aux deux feuillets du blastoderme (peau ; muqueuses). La plupart des maladies ont leur source dans le monde extérieur et se rattachent presque toutes à une modification de la limite sensible de notre individu, ce que M. Bouchut a si bien exprimé dans sa définition : « Les maladies sont des impressions transformées. » — III. M. Luton suppose une maladie idéale ainsi composée : 1° stade primitif, qui s'étend depuis l'impression de la surface sensible jusqu'à une certaine époque, à laquelle s'opère ce que les anciens appelaient la crise ; 2° stade secondaire, pendant lequel on observe les différents phénomènes critiques et les lésions organiques ; 3° stade tertiaire, sous la dépendance immédiate du phénomène critique ou de la lésion, et qui aboutit à la guérison ou à la mort. Il ne faut pas prendre pour des manifestations diathésiques les affections nouvelles que peuvent engendrer les crises ou les lésions. — IV. Une altération étant donnée,

il peut arriver trois choses : 1° le mal reste localisé ; 2° il s'étend aux parties voisines (mode de propagation par contiguïté ou par continuité de tissu de J. Hunter, altérations circonvoisines de Gerdy) ; 3° il se développe une série morbide suivant deux modes : la sympathie, quand la transmission a lieu par le système nerveux ; l'infection, quand la transmission a lieu par le sang.— V. Sympathie morbide ; elle se révèle : 1° par des phénomènes réactionnels sans lésion matérielle ; 2° par une lésion organique. — VI. Infection. Elle a lieu par deux procédés : 1° le produit infectieux est d'origine étrangère (rage, morve) ; 2° il est créé et fourni par l'individu infecté lui-même (infection putride). — VII. L'état morbide étant établi par sympathie ou par infection, l'effort de l'organisme tend naturellement à la guérison. — VIII. L'auteur explique par l'enchaînement morbide les complications des maladies et la multiplicité des lésions. C'est dans ces cas que l'on marque à tort les diathèses, les métastases et les coïncidences. — IX. A. Stade primaire. Voici les diverses médications qui lui conviennent : 1° l'expectation ; 2° la médication topique, à savoir : le chaud ou le froid, le sec ou l'humide, l'astringent ou le relâchant, l'irritant ou l'émollient ; 3° agents perturbateurs : saignée, évacuants, contro-stimulants, spécifiques. B. Stade secondaire. 1° On combat la lésion : au moyen des procédés chirurgicaux, des médications spoliatives, fondantes, dérivatives. 2° On combat les effets de la lésion par un traitement palliatif qui fait gagner du temps et permet quelquefois à la lésion de disparaître. — X. Exemples de quelques séries : Série pulmonaire : Pneumophymie (affection primaire), ayant pour résultats : 1° un trouble fonctionnel mécanique (diminution du champ respiratoire ; 2° les infections asphyxique et putride. — Série rénale : Néphrite parenchymateuse (affection primaire), ayant pour résultats : 1° un trouble fonctionnel d'ordre mécanique (par la destruction du rein) ; 2° l'infection urémique. — XI. C'est cette dernière série que l'auteur étudie avec grand détail. Il choisit la série rénale qui a pour terme intermédiaire la dégénérescence granuleuse du rein (maladie de Bright), dont le premier stade présente comme phénomène plus saillant l'albuminurie et dont le stade tertiaire est caractérisé par l'infection urémique. — XII. Albuminurie (stade primaire). L'albuminurie est un phénomène secondaire qui survient dans le cours des séries morbides les plus variées. Elle dépend : 1° des affections de la double surface cutanée ou muqueuse ; 2° des altérations des organes qui correspondent au feuillet intermédiaire du blastoderme. L'altération du sang est un intermédiaire obligé entre l'affection primaire et l'albuminurie. L'albuminurie a lieu par un triple mécanisme, congestion, catarrhe des tubuli, acte parenchymateux ou nutritif. — XIII. Maladie de Bright (stade secondaire). On désigne

ainsi la triple coïncidence d'albuminurie, de lésion rénale et d'hydropisie. L'albuminurie est la cause et l'accompagnement obligé de la maladie de Bright. — XIV. Urémie ou mieux urinémie (stade tertiaire). Le rein est en voie de destruction. A l'urémie de Wilson succède l'infection ammoniacale de Frerichs, à laquelle on doit rapporter les accidents les plus nombreux et les plus graves. La suppression des flux et de la diarrhée entraîne la mort, parce qu'elle empêche l'élimination de l'urée.

Saignées générales dans les phlegmasies, par M. Beau. (Gazette des hôpitaux, p. 413.)

Cet article est fait contre les saignées générales, qui doivent être proscrites comme méthode générale et jugulante, mais qui doivent être conservées, faites d'une manière sage et discrète, dans le traitement des affections inflammatoires.

Note sur l'emploi des altérants dans les maladies aiguës, par M. Higgins. (Bulletin de Thérapeutique, t. LVI, p. 183 et 280.)

La doctrine de l'auteur est de laisser agir la nature, de lui donner aide et secours à l'aide des altérants, quand ses propres forces sont insuffisantes.

Emploi du marteau de Mayor dans un cas d'asphyxie par le gaz acide carbonique et de mort imminente ; guérison. (Gazette des hôpitaux, p. 154.)

Nous donnons l'indication de quelques travaux qui, pour des raisons diverses, échappent à notre analyse.

— De l'Erudition en médecine dans ses rapports avec les progrès de la science et de l'art, par M. Gaussail. (Toulouse, imprimerie Douladoure, in-8°, 20 pages.)

— Etude médico-littéraire sur le poëme du *Quinquina* de La Fontaine, par M. Fonssagrives. (Bulletin de Thérapeutique, t. LVI, p. 298.)

— Quelques mots sur les prophylaxies, par M. Desmartés. (Paris, imprimerie Walder, in-8°, 8 pages.)

— Les Erreurs en médecine, par M. Forget. (Gazette médicale de Paris, p. 637.)

— Du délire dans les maladies aiguës, par M. Piorry. (Gazette des hôpitaux, p. 205.)

— Nature et but final de la fièvre, par M. Th. Perrin. (Gazette médicale de Lyon, p. 577.)

— Cours théorique et clinique de pathologie interne et de

thérapie médicale, par M. Gintrac. (T. IV et V, 2 vol. in-8°, XXXII-1571. Germer Baillière.)

— Traité du Diagnostic médical, par M. Racle. (2e édit. Paris, J.-B. Baillière, in-18 jésus, IV-621 pages.)

— Leçon d'ouverture d'un cours de clinique médicale, par M. Guéneau de Mussy. (Paris, imprimerie Plon, in-8°, 16 pages.)

— Mémoire sur le principe fondamental de la thérapeutique déduit de l'observation et de l'expérience, par M. Crébessac-Vernet. (Paris, Germer Baillière, in-8°, 87 pages.)

— Essai sur les méthodes thérapeutiques, par M. H. Martin. (Montpellier, imprimerie Martel, in-8°, 182 pages.)

— Étude générale sur le diagnostic médical, par M. Marcellin. (Montpellier, imprimerie Martel, in-8°, 123 pages.)

— Mémoires pratiques de médecine, de chirurgie et d'accouchements, avec planches, par M. Bourdel. (2e édit. Montpellier, imprimerie Ricard, in-8°, VIII-422 pages.)

— Etudes sur le principe de la vie. Conséquences et résultats nouveaux pour le traitement des maladies, par M. Léoni. (Paris, J.-B. Baillière, in-8°, 21 pages.)

— De quelques causes de maladies particulières à notre temps, par M. Devay. (Paris, Labé, in-8°, 31 pages.)

— De l'électrisation appliquée au traitement des maladies chroniques, par M. Nivelet. (Commercy, imprimerie Cabasse, in-8, VIII-64 pages.)

— De la médication tonique, par M. Elleaume. (Paris, imprimerie Dubuisson, in-8, 11 pages.)

— Une observation à propos du fond et de la forme morbides, par M. Rouyas. (Montpellier médical, septembre, p. 217.)

— De l'Inflammation, irritation et irritabilité, par M. Virchow, traduit par M. Pétard. (Paris, Germer Baillière, in-8°, 70 pages.)

— Essai de philosophie médicale, par M. Oct. Scelles de Montdésert. (Thèses de Paris, n° 248.)

— Du degré de certitude de la médecine, par M. S. Casas. (Thèses de Paris, n° 173.)

— De la conviction en médecine et en thérapeutique, par M. Piorry. (Journal du Progrès, p. 411.)

— De la théorie cellulaire dans ses rapports avec la pathologie générale, par M. Ch. Lasègue. (Archives générales de médecine, mai, p. 597; septembre, p. 329.)

— Les Doctrines médicales, par M. Renouard. (Académie de médecine, 26 juillet, 9 août, 16 août.)

— Qu'entend-on par philosophie, histoire et littérature médicales? La création d'une section de philosophie, d'histoire et de littérature médicales, à l'Académie de médecine, serait-elle utile? par M. Ch. Roche. (Union médicale, t. IV, p. 465.)

— Projet du rapport à présenter à M. le ministre de l'instruction publique pour demander le rétablissement de la chaire d'histoire et de philosophie médicales à la Faculté de Paris, par M. Malgaigne. (Union médicale, t. II, p. 4.)

— Voies du progrès de la médecine, par M. Schutzenberger. (Moniteur des hôpitaux, p. 25.)

— Empirisme et rationalisme, par M. Almès. (Gazette médicale, p. 601.)

— De l'action physiologique et pathologique des climats chauds sur l'homme, par M. Beauville. (Thèses de Paris, n° 63.)

— Marche normale de quelques types morbides, par M. C.-G. Wunderlich. (Gazette médicale, p. 46.)

— Richard Bright, sa vie et ses œuvres; par M. Lasègue. (Archives générales de médecine, mars, p. 257.)

— Diathèses morbides; leur importance au point de vue clinique, par M. Teissier. (Gazette médicale de Lyon et Gazette médicale de Paris, p. 405.)

— Cours de médecine de M. Claude Bernard. (Progrès, p. 605, 632, 658, 715, et Journal du Progrès, p. 14.)

— Communications sur l'hôpital Sainte-Anne de Vienne, par M. Mauthner. (Gazette médicale, p. 10.)

— Pathologie comparée, par M. Signol. (Moniteur des hôpitaux, p. 356.)

Pathologie expérimentale, par M. Otto Beckmann. (Gazette médicale, p. 559.)

— Résultats obtenus par l'inoculation, d'après le procédé du docteur Willem, dans les épizooties de pleuro-pneumonie, par M. Winter. (Union médicale, p. 63, t. II.)

— Epidémie de Horion, par M. Delaporte. (Union médicale, t. IV, p. 74.)

— Recherches historiques sur l'épidémie qui, en 1758, ravagea l'escadre de l'amiral Dubois de La Mothe et la ville de Brest, par M. Fonssagrives. (Annales d'hygiène et de médecine légale, octobre, p. 241.)

— Manuel de l'histoire de la médecine et des maladies épidémiques, par M. Hæser. Iéna, 1859. (Archives générales de médecine, août, p. 248.)

— Médecine et hygiène des pays chauds, et spécialement de l'Algérie et des colonies, par M. Armand. (Paris, Challamel, in-8, 532 pages.)

— Météorologie et constitution médicale du département du Bas-Rhin, par M. Bœckel. (Strasbourg, imprimerie Silbermann, in-8, 31 pages.)

— Etudes cliniques sur les principales maladies observées à l'hôtel-Dieu Saint-Eloi, du 22 août au 1er novembre 1857, par M. Girbal. (Montpellier médical, p. 493.)

— Essai historique et médical sur les constitutions propres au climat de Montpellier, par M. Saint-Pierre. (Montpellier médical, p. 297.)

— Affections de l'été en général. (Gazette des hôpitaux, p. 355.)

— La constitution médicale actuelle, comparée à celle des années 1831 et 1854, par M. Thirion. (Gazette des hôpitaux, p. 377.)

— Constitution médicale de l'hiver, du printemps et de l'été de 1858, par M. Liégey. (Union médicale, t. II, p. 423.)

— Constitution médicale, par M. Gorlien. (Union médicale, t. III, p. 113.)

— Constitution médicale à la fin de l'été et de l'automne de 1859, par M. de Laplagne. (Gazette des hôpitaux, p. 549.)

— Topographie médicale du Morvan avallonais, par M. Gagniard. (Thèses de Paris, nº 249.)

— Essai sur la topographie physique et médicale de la ville de Narbonne, par M. de Martin. (Montpellier, Martel; in-8, 386 pages.)

— Nice et Hyères comparées comme lieu de séjour pour les tuberculeux, par M. Cabrié. (Thèses de Strasbourg.)

— Notice médicale sur le climat de Cannes, par M. Sève. (Paris, imprimerie Raçon, in-8, 24 pages.)

— Essai de statistique médicale sur Calvi (Corse), par M. Armieux. (Paris, Rozier; in-8, 43 pages.)

— Climat de Scutari et de la Crimée; nature des maladies des troupes alliées pendant la guerre de Russie (1853-54-55), par M. William Aitken. (Gazette médicale, p. 140.)

— De l'agent électrique dans la matière organisée et dans l'homme en particulier, par M. Dém. Guillier. (Thèses de Paris, nº 235.)

— Influence des variations de l'électricité sur la production des maladies, par M. L. Littell. (Gazette médicale, p. 206.)

— De l'emploi extérieur du cyanure de potassium, de son action thérapeutique dans quelques névralgies, par M. Roche. (Besançon, imprimerie Jacquin; in-8, 23 pages.)

— Itinéraire de Paris à Madère, par M. P. Garnier. (Union médicale, t. IV, p. 7.)

— De l'obésité, par M. de Langenhagen. (Paris, imprimerie Noblet; in-8, 39 pages.)

— De l'obésité, par M. Mimel. (Strasbourg, imprimerie Silbermann; in-8, 56 pages.)

— Etude sur le corset au point de vue physiologique et pathologique, par M. Verdié. (Montpellier, imprimerie Boehm; in-8, 58 pages.)

— Caractères distinctifs de l'espèce humaine, par M. Rousseau. (Thèses de Paris, nº 236.)

— Eloge de Guéneau de Mussy, par M. Dubois. (Paris, J.-B. Baillière; in-4, 27 pages.)

— Etude sur Léonard Botalli, à propos de la dyssenterie inflammatoire, par M. Robin. (Gazette médicale de Lyon, p. 444-468.)

CHIRURGIE.

Production artificielle des os et greffes osseuses, par M. Ollier. (Académie des sciences, 28 mars.)

M. Ollier adresse un mémoire dans lequel il expose le résultat de nouvelles recherches expérimentales sur la production artificielle des os et sur les greffes osseuses. — Dans une première communication (séance du 6 décembre 1858), nous avons fait connaître, dit l'auteur, les propriétés du périoste transplanté au milieu des tissus étrangers à l'ossification normale. Nous avons alors démontré qu'il conservait le pouvoir de produire de l'os partout où il était susceptible d'être greffé. Nous avons à ajouter aujourd'hui les résultats de nos expériences, qui étaient à cette époque en cours d'exécution. — Nous avons vérifié sur plusieurs espèces animales, chien, cabiai, poulet, pigeon, le fait fondamental que nous avons d'abord découvert sur le lapin. Sur ces différentes espèces nous avons obtenu des os nouveaux dans les diverses régions où nous avons greffé du périoste. Dans la crête des coqs, sous la peau du crâne, de l'aine des lapins, nous avons obtenu des os de 15, 20 et 30 millimètres en transplantant des lambeaux de périoste pris sur le tibia. — Mais ce résultat ne s'obtient pas seulement en transplantant sous la peau d'un animal des lambeaux de son propre périoste. Nous l'avons également obtenu en greffant sur un animal des bandelettes de périoste empruntées à un animal de la même espèce. Dans ces dernières expériences la similitude du milieu fait parfaitement comprendre le succès de nos opérations, les lambeaux de périoste se retrouvant sur un terrain organique exactement semblable. Mais nous devions rechercher ensuite si le périoste ne conserverait pas ses propriétés ostéogéniques sur un terrain différent, au milieu des tissus d'un animal d'une autre espèce; or, ici encore, nous avons vu se continuer son action caractéristique. Nous avons ainsi obtenu un noyau parfaitement ossifié au moyen d'un fragment de périoste de chien greffé sous la peau du dos d'un lapin. — Ce résultat est beaucoup plus difficile à obtenir que les précédents, et cette difficulté paraît même se changer en impossibilité lorsque l'animal qui fournit le périoste et celui qui le

reçoit appartiennent à des espèces éloignées l'une de l'autre. Le périoste s'enkyste et se gangrène souvent ; il est entièrement résorbé dans certains cas ; mais, malgré la difficulté du succès de l'expérience, nous ne pouvons plus aujourd'hui douter de la réalité du résultat que nous annonçons. De sorte que le fait de la continuation des productions ossifiables à la face profonde du périoste transplanté est susceptible des démonstrations les plus rigoureuses et les plus variées que puisse recevoir un fait physiologique. — Ce travail a été reproduit *in extenso* dans la Gazette médicale, p. 212.

Transplantation des éléments anatomiques du blastème sous-périostal. — Formation de petits grains osseux dans la région où ont été semés ces éléments, par M. Ollier. (Société de biologie, et Gazette médicale, p. 582.)

Le titre de cette note indique assez la particularité des travaux de M. Ollier, à laquelle elle se rapporte.

Mutation de la matière et forme méta-plastique, par M. Flourens. (Académie des sciences, 30 mai.)

M. Flourens lit une note sur la force *morpho-plastique* et sur la force *méta-plastique*, qui régissent, la première, la forme, et la seconde, la matière. Cette note n'est pas susceptible d'analyse.

Transplantation de la dure-mère comme moyen de détermination si cette membrane remplit le rôle d'un périoste à l'égard des os du crâne, par M. Ollier. (Académie des sciences, 1er août.)

Des lambeaux de cette membrane greffés sous la peau de diverses régions ont donné naissance à de petits os parfaitement constitués et ayant tous les caractères anatomiques de la substance osseuse normale. — En vertu de ce fait, nous nous croyons autorisé à conclure que la dure-mère ne sert pas seulement d'enveloppe protectrice au cerveau, mais qu'elle contribue directement à l'ossification du crâne, qu'elle produit de l'os par elle-même, et qu'elle doit donc être regardée comme un véritable périoste par le physiologiste et le chirurgien. — Cette propriété de la dure-mère ne persiste pas au même degré dans tous les âges. Elle diminue rapidement à mesure que l'accroissement s'accomplit. — Toutes les parties de la dure-mère ne possèdent pas cette propriété à un égal degré. Ce n'est du reste que la surface externe qui peut participer à l'ossification ; sa disposition et sa structure nous l'expliquent. — Les replis fibreux qui ne sont pas en contact avec l'os ne sont point susceptibles de s'ossifier par la transplantation.

Pièce osseuse développée entre les deux feuillets de la faux du cerveau, par M. Molas. (Académie des sciences, 22 août.)

L'auteur a trouvé, sur le cadavre d'un dément, une pièce osseuse d'une assez grande dimension, développée entre les deux feuillets de la faux du cerveau, vers le milieu de son étendue, et avoisinant le corps calleux.

Propriétés autoplastiques de la dure-mère et ostéophytes cérébrales, par M. Fonssagrives. (Académie des sciences, 29 août.)

La communication faite à l'Académie par M. Molas (d'Auch) tendrait à faire considérer certaines productions osseuses déposées dans le voisinage de la faux cérébrale comme une émanation de celle-ci, ce qui infirmerait la remarque de M. Ollier relativement à l'inaptitude de ce repli à reproduire du tissu osseux. Mais la reproduction osseuse que M. Molas fournit comme preuve à l'appui de sa manière de voir est d'une nature toute différente de celles obtenues dans les expériences de M. Ollier. Elle appartient à la catégorie des *ostéophytes cérébrales* qui n'ont aucune connexion avec la dure-mère, et qui se développent primitivement entre la pie-mère et le feuillet cérébral de l'arachnoïde. Un hasard singulier m'a fait rencontrer en moins d'un an deux cas d'ostéophytes cérébrales : l'une reposant sur la partie antérieure du corps calleux, entre la partie plane de l'hémisphère gauche et la faux ; l'autre logée dans une excavation de la face convexe de l'hémisphère droit : toutes les deux étaient libres, n'avaient aucune adhérence avec la dure-mère, et leur apparence, comme leur constitution chimique, les assimilait complétement au tissu osseux compacte.

Rôle du périoste diploïque dans l'occlusion des os du crâne, par M. Flourens. (Académie des sciences, 5 décembre.)

M. Flourens lit la note suivante : — Dans une note que j'ai lue à l'Académie (séance du 8 août dernier), j'ai fait connaître le mécanisme selon lequel s'opère l'occlusion des trous du crâne. — Dans cette occlusion, dans cette formation nouvelle d'une portion d'os, c'est le *périoste externe* qui donne la table externe de l'os, et c'est le *périoste interne* ou *dure-mère* qui en donne la table interne. — Mais il est temps de mettre un terme à une confusion de mots. — Je n'ai jusqu'ici appelé la dure-mère : *périoste interne*, que pour me conformer au langage reçu des anatomistes. Au fond, la dure-mère n'est pas moins périoste externe proprement dit : seulement, c'est un périoste externe intra-crânien, au lieu d'être un périoste externe extra-crânien. Le vrai périoste

interne des os du crâne, ou, pour parler d'une manière plus générale, le vrai périoste interne des os plats, des os larges, est celui qui se trouve dans les cellules de leur diploé, comme le vrai périoste interne des os longs est celui qui se trouve dans leur canal médullaire. — Il y a donc, par rapport aux os du crâne, trois périostes : deux externes, l'extra-crânien et l'intra-crânien, et un interne, le diploïque.

Régénération des os après l'évidement, par M. Sédillot.
(Académie des sciences, 31 octobre.)

Cette note complète le mémoire de M. Sédillot (voir l'*Annuaire*, t. II, p. 322). Sur sept opérés, trois sont morts : les accidents mortels semblent étrangers à l'opération. On a pu constater la reproduction des os dans les cavités évidées. M. Sédillot termine ainsi : — Ces faits très-remarquables, déjà compris dans la théorie générale du célèbre secrétaire perpétuel de l'Académie, n'avaient pas été aussi nettement observés sur l'homme, et ils confirment hautement les avantages de l'évidement; la régularité et l'activité de la régénération osseuse paraîtraient en outre démontrer la supériorité de cette méthode sur les excisions ou ablations osseuses sous-périostales, dont on s'est beaucoup plus occupé jusqu'ici qu'on ne les a réellement pratiquées d'une manière authentique et sérieuse. — Nous voudrions cependant perfectionner encore notre procédé opératoire. La plaie extérieure communiquant avec la coque osseuse laisse après la guérison une cicatrice généralement étendue et adhérente à l'os excavé ; peut-être serait-il possible de réunir, par première intention, les extrémités de l'incision des parties molles, en conservant une ouverture centrale pour les injections curatives, l'écoulement des liquides et la sortie ou l'extraction des parcelles osseuses nécrosées. La plaie et la cicatrice seraient ainsi réduites à de moindres dimensions, et les membres largement évidés resteraient plus réguliers.

Altération des os chez les vertébrés de l'ancien monde,
par M. Marcel de Serres. (Académie des sciences.)

L'auteur adresse une note pour démontrer que les mêmes maladies qui affectent maintenant les os des espèces vivantes les ont atteintes lors des temps géologiques anciens.

Sur la reproduction des os, par M. Berruti.
(Gazette hebdomadaire, p. 402.)

Deux expériences ayant donné des résultats analogues à ceux que M. Ollier a obtenus.

Aiguille prise pour une esquille, par M. Lawrence. (The Lancet; Gazette médicale de Lyon, p. 202.)

Une fracture longitudinale de l'humérus était compliquée de la présence d'une esquille. Le déplacement des fragments ne put être réduit. M. Lawrence, pensant que la consolidation ne pourrait être obtenue dans de telles circonstances, résolut d'enlever ce corps étranger, s'il était prouvé, au bout de quelques semaines, qu'il mît obstacle à la guérison. Le 9 mars, M. Ure fit donc une incision sur ce qu'il croyait être un fragment osseux, et après quelques instants de dissection, il retira une aiguille longue de 8 centimètres qui était implantée dans le triceps. La fracture avait été produite pendant une rixe ; ainsi s'explique la présence de ce corps étranger.

Arrêt de développement congénital de plusieurs os longs, par M. Bouvier. (Société de chirurgie, 7 septembre.)

Petite fille de trois mois présentant plusieurs difformités et particulièrement une brièveté native des humérus, réduits à la moitié environ de leur longueur normale. Les fémurs offrent un raccourcissement analogue. M. Bouvier ne pense pas que cet arrêt de développement puisse être attribué au rachitisme.

Abcès chronique simple du canal médullaire de l'humérus, datant de sept ans, traité par la trépanation, par M. Broca. (Société de chirurgie, 26 octobre.)

M. Broca, à propos d'une observation, fait l'histoire des abcès du canal médullaire des os longs ; il rappelle les travaux de Brodie et de Liston. Ces abcès circonscrits siégent toujours près de l'une des extrémités du canal médullaire, le plus souvent dans le tibia ; ils sont petits ; ils provoquent un gonflement considérable par la formation de couches osseuses sous-périostales dures et éburnées. Le canal médullaire est oblitéré par du tissu osseux. Ils sont dus à une médullite suppurative. Au début, signes d'une ostéite profonde ; plus tard, gonflement de l'extrémité osseuse et douleur caractéristique : profonde et térébrante, elle part de l'abcès pour s'irradier dans l'os entier ; intermittente, elle revient par crises, qui augmentent de fréquence et d'intensité, à mesure que la maladie est plus ancienne ; elle résiste à tous les traitements et peut empêcher le sommeil des malades. La trépanation seule dissipe immédiatement les symptômes et amène peu à peu la guérison. — L'observation rapportée par M. Broca confirme par ses détails l'histoire générale que nous avons résumée.

Abcès du canal médullaire du tibia, par M. Azam. (Société de chirurgie, 23 novembre.)

Le malade reçut à la jambe un coup assez violent ; il ne se

manifesta d'abord que les phénomènes d'une contusion, et ce ne fut que longtemps après qu'il ressentit dans l'os des élancements et de vives douleurs. M. Azam, ayant reconnu qu'il s'agissait d'un abcès du canal médullaire du tibia, proposa d'appliquer une couronne de trépan pour donner issue à la suppuration, mais le malade refusa. Plus tard, une portion d'os nécrosé se détacha et l'abcès s'ouvrit alors spontanément.

Exostoses traumatiques du crâne accompagnées de tumeurs cérébrales, par M. Bryck. (Gazette hebdomadaire, p. 604.)

L'auteur pense que certaines contusions peuvent déterminer tout à la fois une exostose et une tumeur cérébrale. Cette dernière est produite par un épanchement de sang qui s'organise. Il cite plusieurs faits à l'appui de cette opinion.

Absorption et reproduction des apophyses vertébrales, par M. Hodges. (Charleston med. Journ. and Review, et Gazette médicale, p. 191.)

A la suite d'une fièvre typhoïde grave, une femme fut atteinte d'un abcès aux lombes, et plusieurs apophyses vertébrales furent détruites. Elle fut mise quelque temps à l'usage de l'iodure de potassium, et la reproduction osseuse s'exécuta bientôt.

Nécrose du radius, par M. Carville. Gazette des hôpitaux, p. 327.)

Une observation; le radius était nécrosé presque en entier; il a été enlevé; un os nouveau s'est formé. Guérison.

Nécrose du calcanéum. (Moniteur des hôpitaux, p. 150.)

Désarticulation sous-astragalienne impossible par soudure des os et du tarse; amputation tibio-tarsienne. Guérison.

Extirpation du péroné, par M. Jackson. (American Journal of medical sciences, octobre 1858; Archives générales de médecine, mars, p. 349.)

Opération pratiquée pour une suppuration abondante. Le péroné avait subi une dégénérescence fibro-cartilagineuse et s'était fracturé.

Ramollissement des os, par M. Londe. (Bulletin de la Société anatomique, p. 449; 1858.)

Femme scrofuleuse ayant eu plusieurs tumeurs blanches. On a pratiqué l'amputation de la cuisse pour une tumeur blanche du genou; les os de la jambe et du péroné sont ramollis et graisseux. C'est une atrophie produite par l'immobilité.

Hydatides des os, par M. Charvot. (Progrès, p. 503.)

Une observation : jeune homme de vingt et un ans ; contusion ; développement rapide d'une tumeur au niveau de la première et de la deuxième phalange de l'index ; cette tumeur avait le volume d'une orange ; elle causait des douleurs très-vives, que la pression n'exagérait pas. — Désarticulation du doigt. — Kyste fibreux, contenant des hydatides ; le tissu osseux était creusé de petites cupules. — Indication des cas d'hydatides des os observés par d'autres auteurs.

Nouvel appareil à fractures, par M. Mathieu. (Académie de médecine, 15 novembre.)

Cet appareil, destiné plus spécialement au traitement des fractures de l'avant-bras, a été fait en vue : 1° d'empêcher les fragments osseux de se rapprocher, inconvénient grave qui, en réduisant l'espace interosseux, a pour résultat de causer une gêne considérable des mouvements de supination et de pronation; 2° de permettre de faire une compression plus méthodique, mieux graduée, de manière à éviter les accidents, et particulièrement la gangrène qui se montre trop souvent lorsqu'on emploie des appareils serrés ou s'adaptant mal. — L'appareil se compose de deux planchettes ou attelles, reliées entre elles par des boutons à vis, munis d'écrous, que l'on peut serrer plus ou moins ; l'avantage de cette disposition est de maintenir fortement les deux attelles dans le même plan et de produire une compression perpendiculaire à la surface de l'avant-bras ; tandis que les planchettes indépendantes l'une de l'autre peuvent basculer sous l'influence de bandes ou autres moyens de contention que l'on emploie pour les immobiliser. — On applique au-dessous des planchettes un coussin destiné à rendre la pression plus douce, et au niveau du point fracturé on place sur le plan interosseux deux petites compresses graduées qui, sous l'influence de la pression, refoulent en dehors de l'axe du membre les fragments osseux qui tendent à converger.

De la crépitation dans les fractures, par M. J. Gavarret. (Thèses de Paris, n° 201.)

Ramollissement du cal dans les fractures. — Emploi avantageux du phosphate acide de chaux dans les cas de ce genre, par M. Fano. (Union médicale, t. III, p. 24.)

M. Fano rapporte une observation que l'on peut ainsi résumer :

Une femme se fracture la jambe à la partie moyenne; elle est traitée par les moyens ordinaires; ce n'est qu'au bout de deux mois et demi que la consolidation survient. Après quelques jours, et sous l'influence de la déambulation, exécutée du reste avec les plus grandes précautions, toute trace de consolidation disparaît. La fracture se consolide de nouveau en observant le repos prolongé du membre; puis, de nouveau et toujours sous l'influence d'une nouvelle déambulation, la consolidation disparaît. A cette époque, la découverte d'une ancienne incurvation rachitique de la colonne vertébrale porta M. Fano à administrer le phosphate acide de chaux à la dose de 25 centigrammes, puis de 50 centigrammes par jour, et il obtint cette fois une consolidation durable. — M. Fano en conclut : 1° qu'il est des fractures qui se consolident au bout d'un certain temps, mais dont le cal se ramollit avec une telle rapidité, que toute rénnion disparaît bientôt; 2° que l'emploi à l'intérieur du phosphate acide de chaux donne de bons résultats dans les cas de ce genre.

Refracture des os, par M. Skey. (Royal med. and chir. Society, et Gazette médicale de Lyon, p. 142.)

M. Skey, en se déclarant partisan de la rupture des os vicieusement consolidés, ne s'appesantit pas sur les causes qui peuvent amener cette fâcheuse terminaison. Il avertit seulement les chirurgiens de ne pas se décider à pratiquer la rupture avant d'être bien sûrs que les influences qui ont empêché une première fois la consolidation régulière pourront être neutralisées après l'opération. — La facilité de la refracture, non plus que l'innocuité de cette manœuvre, ne font, à ses yeux, l'objet d'aucun doute. Il a rompu le cal, datant de soixante-dix-sept jours, du fémur d'un jeune sujet; et, d'après ce qu'il a observé dans ce cas, il lui semble qu'on aurait pu effectuer la désunion à un terme beaucoup plus éloigné. L'acte désunissant, dans ces circonstances, est effectué par une lente déchirure plutôt que par un coup sec; c'est un procédé graduel, non immédiat, exigeant une force persévérante plutôt qu'instantanée. — L'auteur, finalement, fait une allusion très-sommaire à six cas de sa pratique. Deux ont trait à des refractures du fémur, opérées à soixante-dix-sept et à soixante-quinze jours à partir de celui de la première fracture. Deux sont des exemples de refractures des deux os de la jambe, pratiquées au bout de soixante-dix-sept et de quarante-cinq jours (le dernier cas chez un enfant de six ans). Une fois il a brisé les deux derniers os de l'avant-bras, cent vingt jours après l'accident. Enfin, une dernière fois il a essayé, mais sans pouvoir y parvenir, de refracturer le fémur neuf mois après la fracture.

Fracture non consolidée du fémur, par M. Cooper. (The Cincinnat. Lancet, juillet, et Gazette hebdomadaire, p. 572.)

Elle a été traitée avec succès par des ligatures métalliques.

Fracture spontanée du fémur, par M. Robert. (Gazette des hôpitaux, p. 69.)

Cette fracture s'est produite par suite d'une altération osseuse tenant à la syphilis. Elle s'est consolidée sous l'influence du traitement local de la fracture et d'un traitement interne par l'iodure de potassium.

Usage des moules en plâtre dans le traitement des fractures des membres inférieurs par les armes à feu, par M. Girou. (Gazette des hôpitaux, p. 299.)

Une observation avec quelques réflexions sur les avantages des moules en plâtre pour assurer l'immobilité ; à mesure que le membre diminue, il est possible de couler du nouveau plâtre pour combler le vide.

Fractures compliquées. — Irrigations froides, par M. Riquard. (Journal de médecine de Bordeaux, février.)

Quatre observations, dont deux montrent les avantages des irrigations froides.

Des complications des fractures, par M. A. Roinard. (Thèses de Paris, n° 200.)

Irréductibilité et déformations consécutives dans les fractures des os longs, par M. Gosselin. (Gazette hebdomadaire, p. 130, 164.)

Dans cet excellent article, M. Gosselin étudie l'irréductibilité de certaines fractures des os longs, qu'il distingue soigneusement en fractures du corps et fractures des extrémités des os longs. — Pour le corps, la déformation, même en l'absence de tout déplacement, peut tenir à une ostéite hypertrophiante : les malades sont guéris, ils marchent et ne souffrent pas, mais au niveau de la fracture, le gonflement persiste. — L'atrophie musculaire est aussi une cause de difformité ; elle est assez fréquente et elle persiste longtemps. On doit l'attribuer à l'immobilité du membre plutôt qu'à la compression par les appareils. Il n'est pas certain que nos moyens thérapeutiques puissent guérir cette atrophie. — Quand il y a déplacement, on ne peut pas toujours faire la réduction ou la maintenir. M. Gosselin passe en revue les déplacements suivant la direction, la circonférence, l'épais-

seur et la longuenr ; il montre que pour tous on peut rencontrer des circonstances anatomiques qui empêchent une réduction parfaite. — Dans les fractures des extrémités, les pénétrations des fragments, leur broiement, leur brisure, ne permettent pas d'obtenir la disparition de la difformité. — La conclusion thérapeutique est qu'il y a à la suite de quelques fractures des déformations inévitables, contre lesquelles les appareils ne peuvent rien. Un chirurgien attentif obtiendra par les appareils simples tous les résultats qu'on peut obtenir.

De l'atrophie musculaire consécutive aux fractures des os longs chez les adultes et les enfants, par M. C. Lejeune. (Thèses de Paris, n° 246.)

L'auteur cite plusieurs observations, et fait l'histoire de cette atrophie.

Traitement des fractures de la cuisse, par M. Butcher. (Gazette médicale, p. 654.)

L'auteur propose un appareil qui ressemble beaucoup à celui de Boyer.

Fracture de la jambe par cause directe, par M. Verneuil. (Gazette des hôpitaux, p. 167.)

Anévrysme diffus circonscrit. — Compression digitale exercée sur la fémorale par le malade lui-même. Guérison. — Cette observation est suivie de réflexions qui sont résumées dans l'analyse de la thèse suivante.

Quelques considérations sur les anévrysmes dans les fractures, par M. E. Lintilhac. (Thèses de Paris, n° 209.)

M. Lintilhac rapporte un certain nombre d'observations prises dans différents auteurs, et dont la plus importante est due à l'obligeance de M. Verneuil. Conclusions. — 1° Réduction aussi prompte que possible et méthodiquement faite, sans mouvements brusques ; — 2° Examiner attentivement, immédiatement et consécutivement, pendant un certain temps (environ deux septénaires), s'il n'y a pas un anévrysme compliquant la fracture ; — 3° Immobilisation des fragments, mais application tardive d'un appareil inamovible ; — 4° En cas d'anévrysme faux, commencer d'abord le traitement par la compression digitale ; y joindre, au besoin, un traitement interne et des résolutifs ; — 5° Ne recourir à la ligature que dans le cas où les premiers moyens auraient

échoué (la méthode de Jean-Louis Petit, si elle était possible, vaudrait mieux que la méthode d'Anel) ; — 6° Ne recourir à l'amputation qu'à la dernière extrémité. Tous les autres moyens ayant échoué, l'indication en deviendrait formelle par la gravité des symptômes.

Fracture complète des deux os de la jambe gauche, par M. Oré. (Gazette des hôpitaux, p. 230.)

Après avoir gardé l'appareil pendant un mois et demi, le malade se présenta avec une tumeur s'étendant de la partie inférieure et externe de la jambe à la partie supérieure et interne ; elle est fluctuante, et on y entend un bruit de souffle unique à sa partie inférieure et un bruit de souffle double vers la partie moyenne. — La tumeur enflammée fut ouverte, et on mit un séton. — Amputation de la cuisse à la suite d'accidents graves. — Du pus entourait les fragments des os non consolidés. Les bruits qu'on entendait étaient probablement dus à une compression multiple des vaisseaux par les fragments du tibia, compression constatée à l'examen de la jambe.

Fracture des sinus frontaux. (Gazette des hôpitaux, p. 293.)

Il en était résulté une fistule fronto-nasale ; autoplastie par glissement ; guérison.

Fracture longitudinale et transversale du rocher. — Ecoulement séro-sanguinolent par l'oreille, par M. P. Tillaux. (Union médicale, t. I, p. 329.)

L'examen attentif de ce fait est de nature à jeter le doute dans l'esprit des partisans, même les plus prononcés, de la théorie du liquide céphalo-rachidien. D'une part, en effet, intégrité complète de la dure-mère et du prolongement arachnoïdien dans le conduit auditif interne ; le malade a succombé quarante-huit heures après l'accident, temps trop court pour permettre la disparition d'une déchirure si elle eût existé, et, d'ailleurs, le liquide séreux a suinté jusqu'à la mort. D'autre part, déchirure du sinus latéral correspondant ; caillots noirâtres entre la dure-mère et le crâne, communiquant avec d'autres caillots plus petits situés dans le foyer de la fracture ; la fracture divisait largement le conduit auditif externe. Ces lésions anatomiques rendent parfaitement compte et de l'écoulement sanguin le premier jour, et de l'écoulement séro-sanguinolent le second jour. — Le col de l'omoplate était fracturé et le corps de l'os divisé en six fragments complétement séparés.

Fractures multiples des os du crâne, par M. H. Bonnet. (Moniteur des hôpitaux, p. 681.)

Fracture de la colonne vertébrale, du coccyx et de la jambe, par M. Panas. (Bulletin de la Société anatomique, p. 439; 1858.)

Chute d'un lieu élevé; la colonne vertébrale s'était fracturée par *cause indirecte* (flexion forcée).

Fracture de la colonne vertébrale, par M. Delestre. (Bulletin de la Société anatomique, p. 481; 1858.)

Consolidation avec déformation, sans compression de la moelle épinière.

Fracture de la première côte gauche, par M. Rouyer. (Journal du Progrès, p. 179.)

Une observation : douleur et crépitation dans le creux sus-claviculaire, derrière la clavicule. On s'est contenté de soutenir le bras avec une écharpe. Guérison en vingt-cinq jours.

Fracture indirecte et isolée de la dernière fausse côte, par M. Giard. (Gazette des hôpitaux, p. 65.)

Cette fracture a été le résultat d'une violence, qui a déterminé un excès de courbure. Le bandage de corps est nuisible dans ces cas; son action, en effet, est de rendre la respiration surtout abdominale : il convient dans les fractures des vraies côtes; mais pour les fausses côtes, exagérer la respiration abdominale, c'est augmenter les mouvements des fausses côtes, à cause des attaches du diaphragme.

Fracture de l'acromion. (Gazette des hôpitaux, p. 505.)

Deux observations avec quelques remarques sur la rareté de ces fractures. Un des malades (service de M. Foucher) a été soigné par l'élévation du coude rapproché du tronc. Les caractères essentiels sont l'aplatissement et l'abaissement du moignon de l'épaule et la crépitation obtenue dans les mouvements imprimés à l'acromion.

Fractures simultanées des deux clavicules, par M. Gouriet. (Gazette des hôpitaux, p. 290.)

Dans ce cas, les deux variétés principales étaient réunies chez le même sujet; diathèse syphilitique; guérison.

Fracture du corps de l'humérus droit par la contraction musculaire dans la lutte dite tour de poignet, par M. Allamargot. (Gazette des hôpitaux, p. 191.)

L'humérus, dans ces cas, se brise à la manière d'un bâton que l'on tiendrait par les deux bouts et dont on chercherait à tordre les extrémités en sens inverse. — La fracture siégeait à la partie moyenne de l'os.

Fracture de l'humérus par action musculaire, par M. Smith. (Med. Times and Gazette.)

Un jeune homme lança de toutes ses forces une pierre du poids de 2 onces environ. Au moment où la pierre s'échappait de sa main et que le bras était tendu, il éprouva une subite douleur, et le membre retomba inerte. — Fracture de l'humérus, fracture par cause musculaire : cependant, ce jeune homme jouissait d'une santé parfaite, était doué d'une puissance musculaire remarquable ; il n'avait jamais été affecté de syphilis ni d'affection du système nerveux ; il n'avait jamais eu de douleurs dans les membres.

Plaie par arme à feu. — Fracture compliquée de la cuisse. — Mort, par M. Descroizilles. (Bulletin de la Société anatomique, p. 108 ; 1858.)

Fracture transversale du fémur, par M. Desprez. (Bulletin de la Société anatomique, p. 382 ; 1858.)

Enfant de trois ans ; plusieurs fractures ; celle du fémur existait avec issue de fragments à travers la peau. Amputation de cuisse ; mort trente et une heure après. — La fracture était en rave ; on a examiné les vaisseaux du moignon : l'artère, libre d'adhérences avec les parties voisines, a subi une diminution de son calibre dans une étendue de 3 centimètres, jusqu'à l'origine de la fémorale profonde ; ses parois sont pâles ; caillot filiforme blanc, se prolongeant un peu au-dessus de l'origine de la fémorale profonde, dans laquelle il existe aussi. — La veine se présente avec les mêmes caractères. — M. Verneuil présente quelques considérations sur l'oblitération des veines par des caillots.

Fissure complète du fémur gauche, par M. Perrin. (Bulletin de la Société anatomique, p. 62.)

Blessure de la partie supérieure de la jambe par un éclat de bombe. — A la cuisse, il existait une petite plaie, au fond de laquelle M. Perrin découvrit un caillou et une perte de substance

de l'os. Avant de pratiquer l'amputation, nécessitée par l'état de la jambe, l'auteur examina l'état du fémur ; il le trouva fendu verticalement : la fissure partait du point qui avait été frappé par le caillou et s'étendait en haut et en bas (15 centimètres). En bas, elle pénétrait dans l'articulation après avoir séparé les deux condyles ; cette fente était en grande partie masquée par le périoste. La section de l'os fut pratiquée au-dessus de la terminaison supérieure de la fissure.

Doubles fractures de la cuisse droite et de la jambe gauche gravement compliquées chez le même individu, par M. Drouineau. (Société de chirurgie, 1er juin.)

M. Drouineau a obtenu un très-beau résultat chez un jeune homme de vingt et un ans qui avait eu les membres inférieurs pris sous les roues d'un waggon.—La cuisse droite était fracturée vers sa partie moyenne, avec complication de gonflement et de déchirure des parties molles. La jambe gauche était broyée vers son tiers inférieur, et présentait en outre plusieurs plaies contuses très-graves. — Cette dernière lésion semblait réclamer l'amputation, qui ne put être pratiquée à cause de la fracture de la cuisse de l'autre côté. — Pour la jambe, l'obligation de faire deux pansements par jour, à cause de la suppuration abondante et de la tendance à la gangrène, fit rejeter le bandage de Scultet, qui avait été d'abord employé ; on le remplaça par l'appareil de M. Gaillard, qui permet de surveiller attentivement les fractures compliquées ou comminutives.

Considérations sur le traitement des fractures de la jambe et de la cuisse et de quelques appareils en particulier, par J. Gabory. (Thèses de Paris, n° 195.)

Fracture incomplète ou en partie consolidée de la rotule, par M. Dolbeau. (Bulletin de la Société anatomique, p. 443 ; 1858.)

Sur cette pièce anatomique, on trouve une fracture transversale manifeste dans le tissu osseux, sans que la partie médiane du cartilage d'encroûtement présente la moindre altération. S'agissait-il d'une fracture incomplète ou d'une fracture complète avec réparation parfaite du cartilage ?

Fracture complète des deux os de la jambe, par M. Tisseire. (Gazette des hôpitaux, p. 271.)

Cette fracture existait chez un vieillard de quatre-vingt-deux ans ; guérison.

Des fractures de la jambe, par M. A. Feylant.
(Thèses de Paris, n° 13.)

Fracture compliquée de la jambe, par M. Huguier.
(Bulletin de la Société anatomique, p. 515; 1858.)

Hémorrhagie consécutive par ulcération du tronc de la poplitée ; amputation ; mort.

Fractures du péroné, par M. Robert. (Gazette des hôpitaux, p. 221.)

Leçons classiques sur les fractures du péroné avec des observations.

Du massage dans l'entorse, par M. Elleaume.
(Gazette des hôpitaux, p. 603.)

Trois observations, dans lesquelles M. Elleaume a obtenu d'excellents résultats du massage méthodiquement pratiqué.

Entorse du genou et sub-luxation du cartilage semi-lunaire interne, par M. E. Alix. (Moniteur des sciences, p. 285.)

Emploi du chloroforme à l'extérieur pour la réduction des luxations, par M. Orliac. (Moniteur des sciences, p. 211.)

Luxations du coccyx, par M. Bonnafont.
(Union médicale, t. I, p. 136.)

Ce sont des luxations en avant, consécutives à des chutes sur le siége et guéries, non pas d'elles-mêmes, comme l'écrivait Boyer, mais par la réduction, qu'il regardait comme dangereuse. — Au nombre des symptômes subjectifs rarement décrits sont : 1° la difficulté d'aller à la garde-robe et de recevoir des lavements, et 2° des besoins fréquents d'uriner et des douleurs aux cuisses ne dépassant pas les genoux dans un cas, et augmentant par la marche dans le second. — La réduction chez ces deux femmes a été obtenue en ramenant le coccyx en arrière au moyen de l'indicateur introduit dans le rectum, et le maintenant dans le second cas par une sonde recourbée en crochet et continuant l'action du doigt réducteur.

Luxation de la clavicule, par M. Morel-Lavallée.
(Société de chirurgie, 9 mars.)

Il s'agit d'une luxation simultanée des deux extrémités de la

clavicule ; le malade était appuyé du côté gauche sur une pile de planches lorsqu'une roue de voiture a porté sur son épaule droite, en lui imprimant un mouvement en avant. — Douleur et craquement à gauche. Au-dessus, et un peu en avant de la fourchette sternale, il y a une tumeur du volume d'une noix ; elle semble passer entre les deux chefs du sterno-mastoïdien tendus et soulevés ; il est facile de reconnaître qu'elle est formée par l'extrémité interne de la clavicule ; on trouve en arrière, au milieu de l'espace qui sépare la nuque du moignon de l'épaule, une tumeur, en partie constituée par l'extrémité externe de l'os. La clavicule a donc une direction presque antéro-postérieure. — Application d'un bandage à ressort et à pelote pour maintenir la réduction de l'extrémité sternale.

Nouvelle méthode pour la réduction de la luxation de l'humérus, par M. Deiters. (Journal de médecine de Bruxelles.)

Le malade est assis sur une chaise élevée, sans dossier ; l'extension est exercée par des aides, autant que possible dans la direction du membre luxé ; l'opérateur se place devant le malade et affermit sa position en fixant un pied contre la muraille ; il passe ensuite son bras droit, si la luxation est à gauche (et *vice versâ*), sous le bras luxé, et embrasse avec la main la partie supérieure de l'omoplate, qu'il repousse de toutes ses forces en bas contre la colonne vertébrale pour la fixer le plus possible. En même temps, se servant de son bras comme d'un levier, il porte énergiquement le bras luxé en haut et en dehors, si la luxation est en bas ; par cette manœuvre, il fait lui-même la contre-extension, qu'il renforce au besoin par une serviette passée autour du thorax et confiée à des aides. — L'auteur considère sa méthode comme particulièrement appropriée aux luxations en bas ; il rapporte deux cas dans lesquels elle lui a parfaitement réussi.

Luxation scapulo-humérale intra-coracoïdienne avec fracture du trochiter, par M. E. Alix. (Moniteur des sciences, p. 332.)

Fracture du trochiter sans luxation, par M. E. Alix. (Moniteur des sciences, p. 333.)

Luxation intra-coracoïdienne de l'humérus, par M. Raynaud. (Bulletin de la Société anatomique, p. 221.)

Cette luxation était compliquée de fractures de côtes.

Luxation scapulo-humérale sous-claviculaire, par M. E. Alix. (Moniteur des sciences, p. 379.)

Luxations de l'épaule. (Gazette des hôpitaux, p. 574.)

Deux observations de réduction très-facile sans le concours du chloroforme.

Luxation de l'humérus, par M. Manec. (Gazette des hôpitaux, p. 550.)

Tentatives infructueuses de réduction ; emploi du chloroforme; mort.

Luxation simple du coude en avant de l'humérus, par M. Ancelon. (Société de chirurgie, 24 août.)

Une observation de luxation simple du coude en avant de l'humérus chez une jeune fille de huit ans. Pour M. Ancelon, cette espèce de luxation ne peut se produire que par la flexion forcée de l'avant-bras sur le bras, la torsion suivant l'axe du membre et la flexion dans le sens de l'extension lui paraissant peu admissibles. — M. Guérin, sur ce dernier point, conclut de l'observation clinique et d'expériences cadavériques, que la luxation de l'avant-bras en avant par la flexion aidée de la rotation est très-facile dès que les ligaments interne et externe sont rompus. — Dans l'observation de M. Ancelon, il n'y avait pas de fracture, et pourtant la luxation s'est reproduite immédiatement après la réduction ; la réduction devint définitive dès que la tête du radius eut été remise en place.

Luxation du coude en arrière avec arrachement de l'olécrane, par M. Pamard. (Bulletin de la Société anatomique, p. 43.)

Luxation des deux os de l'avant-bras en arrière, en haut et en dedans, par M. Ch. Rouhier. (Union médicale, t. III, p. 391.)

Une observation ; réduction et guérison complète.

Luxation externe complète du coude. — Réduction six heures après l'accident, par M. Alb. Puech. (Gazette des hôpitaux, p. 434 et 470.)

Luxation complète du coude en dehors, par M. Marques. (Gazeta medica, Union médicale, t. III, p. 206.)

Une observation ; l'auteur insiste spécialement sur le défaut de relation des axes de l'avant-bras et du bras comme moyen précieux de diagnostic dans ce cas. Il a constaté qu'à l'état normal ces axes sont représentés par deux lignes dont le point d'intersection est au milieu de la cavité coronoïde de l'humérus,

laissant à la partie externe un angle obtus rentrant de 160 à 164 degrés. — Les mouvements de latéralité selon les bords du membre et l'altération des axes sont un signe certain de cette luxation, quand il n'y a pas altération chronique des os.

Luxation incomplète et ancienne du coude, par M. Liégeois. (Bulletin de la Société anatomique, p. 430 ; 1858.)

Pièce anatomique de luxation incomplète et ancienne du cubitus et du radius gauches, en arrière de l'humérus, avec ankylose ligamenteuse incomplète. L'apophyse coronoïde est en équilibre sur l'extrémité inférieure et postérieure de la poulie humérale.

Luxation incomplète du radius en avant, par M. Trélat. (Bulletin de la Société anatomique, p. 487 ; 1858.)

Cette luxation datait de l'enfance ; il s'était fait une nouvelle surface articulaire en continuité immédiate avec la surface articulaire normale ; le ligament annulaire était intact ; l'épicondyle était atrophié, sans trace de fracture. La pronation et l'extension étaient intactes ; la flexion et la supination ne se faisaient qu'incomplètement.

Luxation de l'extrémité supérieure du radius en dehors et en arrière, par M. Legendre. (Gazette médicale, p. 299.)

Pièce anatomique d'une luxation traumatique ancienne.

Luxation du carpe en arrière sur l'avant-bras, par M. Laloy. (Société de chirurgie, 5 janvier.)

Une observation, dans laquelle on a pu voir très-nettement les détails classiques de cette luxation ; le petit malade avait huit ans. Réduction facile.

Luxation compliquée du carpe en arrière. — Guérison, par M. Kelly. (Dublin quarterly Journal, février, et Archives générales de médecine, avril, p. 491.)

Mémoire sur la luxation sciatique, par M. Chapplain, rapport de M. Gosselin. (Société de chirurgie, 15 juin.)

L'auteur donne une observation de luxation sciatique ; il veut que l'on admette cette variété, qui exige pour la réduction quelques manœuvres particulières qu'il est difficile de préciser d'après la description.

Luxation dans la fosse obturatrice, par M. Fleury. (Société de chirurgie, 10 août.)

Cette luxation (ischio-pubienne de M. Nélaton) a présenté les caractères d'une luxation en haut et en arrière (iléo-ischiatique).

Luxation sus-pubienne et luxation ischiatique du fémur, par M. Demarquay. (Union médicale, t. I, p. 454.)

Plusieurs observations, avec des remarques sur quelques particularités qu'elles ont présentées.

Luxation de la hanche survenant dans le cours d'un rhumatisme aigu (enfant de six ans), par M. Cock. (Med. Times and Gaz., et Gazette médicale, p. 61.)

Luxation complète du fémur en dedans, par M. Duboué. (Société anatomique, p. 496; 1858, et p. 196, 1859.)

Cette luxation aurait été la conséquence d'un mouvement d'abduction forcée; il y avait en même temps fracture du bassin.

Luxation coxo-fémorale ischio-pubienne, par M. E. Alix. (Moniteur des sciences, p. 252.)

Luxation du fémur dans l'échancrure sciatique, par M. Henry. (The North-American med.-chir. Review, et Gazette médicale de Lyon, p. 77.)

Membre inférieur gauche tourné en dehors et raccourci de 5 à 6 centimètres, absence de crépitation, et persistance de la rotation et du raccourcissement malgré les tractions ; impossibilité de percevoir avec les doigts la situation de la tête du fémur. — D'après ces signes, on diagnostiqua une luxation dans l'échancrure sciatique. Le malade étant chloroformisé, on fléchit le genou sur la cuisse et on éleva graduellement la cuisse sur le bassin, puis on la porta en bas et en même temps vers le membre opposé, tout en poussant sur le grand trochanter. — Après deux ou trois tentatives de ce genre, elle rentra dans la cavité cotyloïde.

Luxation traumatique suivie de luxation volontaire du fémur, par M. Perrin. (Société de chirurgie, 27 juillet, 3 août.)

M. Perrin a montré un homme qui peut, à volonté, se luxer le fémur du côté droit. Cette infirmité dure depuis l'âge de dix ans; à cette époque, le malade fit une chute de cheval et eut une luxation de l'articulation coxo-fémorale, qui fut aussitôt réduite par

un médecin. La réduction fut convenablement maintenue, et l'enfant marchait depuis un mois lorsque, par suite d'un faux pas, il eut une nouvelle luxation ; elle fut de nouveau réduite, mais la contention ne put être exercée d'une manière convenable et la luxation, depuis lors, se reproduit souvent et avec la plus grande facilité. — La marche fut douloureuse dans les premiers mois ; elle n'a cessé d'être fatigante ; aujourd'hui, elle s'exécute d'après un mécanisme particulier : quand le centre de gravité se porte sur l'articulation coxo-fémorale droite, le fémur semble se porter en haut et se rapprocher de la crête iliaque ; mais ce n'est là qu'une apparence, et il est facile par le toucher de voir que la prétendue élévation du fémur est le résultat d'un mouvement de bascule du bassin sur la tête fémorale ; par contre, la cuisse gauche est à demi fléchie, quand le poids du corps porte sur elle. — A la mensuration, les deux membres ont la même longueur, leur développement est le même ; du côté malade, la saillie trochantérienne est un peu exagérée. En arrière, dans la région lombaire, il y a une double courbure de la colonne vertébrale ; l'une, latérale, est peu marquée ; l'autre, antéro-postérieure, est plus manifeste. Elle correspond au mouvement de bascule du bassin, mouvement dont nous avons parlé à propos du mécanisme de la marche. — Pour produire la luxation, le malade agit sur la cuisse ou sur le bassin, en fixant préalablement la cuisse saine, pour la première manière, ou la cuisse infirme, pour la seconde ; un effort musculaire approprié suffit pour amener le déplacement, qui s'accompagne du bruit caractéristique de la réduction d'une luxation ; on peut alors noter tous les signes de la luxation sacro-iliaque, moins la rotation du pied en dedans ; la luxation se produit involontairement quand le malade monte un escalier. — La réduction se fait spontanément et sans secousse dès que l'effort par lequel la luxation existait a complétement disparu. — On a élevé des doutes, dans le sein de la Société de chirurgie, sur la réalité de la luxation ; pour M. Bouvier, ce serait un agrandissement de la cavité cotyloïde, avec laxité de la capsule et un certain écartement des surfaces osseuses, sans luxation.

Luxations du genou, par M. Ancelet. (Gazette médicale de Lyon, p. 192.)

Deux observations, l'une de luxation fémoro-tibiale latérale externe, l'autre de luxation latérale externe du tibia sur le fémur, puis consécutivement luxation incomplète du tibia en avant.

Des corps étrangers des articulations, par M. Fenard. (Thèses de Paris, nº 215.)

Corps étranger articulaire, par M. Chassaignac. (Société de chirurgie, 2 novembre.)

Présentation d'un malade, opéré il y a huit ans. Ce corps étranger, extrait de l'articulation, fut abandonné sous la peau ; il n'y eut aucun accident, et le corps étranger a beaucoup diminué de volume.

Ponction du genou, par M. Adams. (Gazette médicale de Lyon, p. 408.)

M. Adams se déclare franchement partisan de l'incision faite au genou quand une collection purulente s'est formée dans l'intérieur de cette articulation. — M. Adams établit d'une manière générale que quand l'articulation est pleine de pus, il faut l'ouvrir puisqu'on ne peut espérer la résorption de ce liquide. Un précepte pratique sur lequel il insiste, c'est, après l'incision faite, de ne pas presser ses bords, mais de se contenter d'envelopper l'articulation d'une large bande de flanelle mouillée d'eau chaude. Ce tissu, se rétractant ensuite, exprimera graduellement le pus, beaucoup mieux que ne pourrait le faire la pression irrégulière des mains.

Guérison de l'hydrarthrose par les ponctions et les frictions iodées à l'extérieur, par M. Hoodge. (The Lancet, 28 janvier.)

Plusieurs cas de guérison ont été obtenus par l'auteur par le procédé suivant : on ponctionne l'articulation avec un trocart et on donne issue au liquide épanché ; les jours suivants, on frictionne deux fois par jour le genou avec de la teinture d'iode concentrée. Avant chaque friction, il faut pratiquer sur la peau une fomentation d'eau chaude de dix minutes de durée ; on donne en même temps de l'iodure de potassium à l'intérieur.

Injections iodées sur les articulations.— Hydrarthrose, par M. Arthus. (Thèses de Paris, nº 245.)

Traitement de l'arthrite, par M. Robert. (Gazette hebdomadaire, p. 238.)

La ponction, dans certaines arthrites suraiguës, amène un résultat immédiat satisfaisant. L'opération est facile et très-utile

dans les cas où un épanchement articulaire distend subitement la synoviale et provoque son étranglement par les tissus fibreux environnants.

Considérations sur les tumeurs blanches en général, par M. Bernard. (Thèses de Paris, nº 1.)

Traitement des tumeurs blanches par la cautérisation transcurrente avec les acides sulfurique ou sulfuro-azotique, par M. Gromier. (Gazette médicale de Lyon, p. 543.)

Aprés avoir endormi les malades, M. Gromier fait ses cautérisations autour de la tumeur avec un pinceau imbibé du liquide acide, cautérisations qui remplissent parfaitement le but, même quand elles restent superficielles. Ainsi, M. Gromier a observé qu'on peut se dispenser de détruire l'épiderme, et laisser l'effet du liquide caustique se produire sous cette membrane. M. Gromier ajoute qu'une seule cautérisation suffit souvent pour amener la guérison, mais qu'il a été quelquefois obligé de revenir à la cautérisation une deuxième et une troisième fois.

Tumeur blanche de l'articulation atloïdo-axoïdienne, par M. Lancereaux. (Bulletin de la Société anatomique, p. 380; 1858.)

Vieillard : tumeur dans le pharynx ; douleurs très-vives ; mort subite. — La tumeur du pharynx était formée par du pus concret ; il n'y avait pas de déplacement des vertèbres, dont les masses latérales surtout étaient cariées.

Arthrite scapulo-humérale, par M. Témoin. (Bulletin de la Société anatomique, p. 48.)

Abcés métastatique dans le tissu cellulaire sous-cutané, chez un nouveau-né de quinze jours.

Déformation de l'articulation coxo-fémorale, suite d'arthrite sèche par MM. Bastien et Legendre. (Gazette médicale, p. 465.)

Piéce anatomique : une lésion des parties molles de l'articulation, en sécrétant des productions osseuses stalactiformes autour de la cavité cotyloïde et dans son intérieur, a amené une gêne considérable dans les mouvements de l'articulation. Les mouvements de flexion et d'extension, qui seuls étaient conservés, ont amené des rainures qui se voient sur les surfaces articulaires ; les muscles rotateurs de la cuisse se sont atrophiés par suite de leur inaction.

Morbus coxæ senilis simulant une fracture du col du fémur, par M. Rouhier. (Société de chirurgie, 23 novembre.)

Etude clinique de la coxalgie observée chez les enfants, par M. A. Gibert. (Thèses de Paris, nº 28.)

Excellent travail, fait avec un grand nombre d'observations que M. Gibert classe en deux grandes catégories : 1º Coxalgies qui n'ont pas suppuré ; 2º coxalgies qui ont suppuré. — Dans la première, il établit deux sections : la première, comprenant deux observations qui se sont terminées par la guérison radicale ; la seconde comprenant celles qui se sont terminées par ankylose vraie ou fausse. — Dans la seconde catégorie, il fait aussi trois sections comprenant : l'une, les coxalgies à marche rapide (abcès froids des articulations de Bonnet) ; l'autre, comprenant les coxalgies à marche lente, accomplissant lentement toutes leurs périodes ; la troisième, comprenant l'unique exemple de coxalgie secondaire qu'il ait recueilli. — Il ajoute un court article sur la coxalgie nerveuse. — Dans un deuxième chapitre il étudie quelques phénomènes de la coxalgie, surtout au point de vue des indications. Dans un troisième et dernier, il s'occupe du traitement, se bornant exclusivement aux méthodes de M. Bonnet. — Sur cette dernière méthode, voici l'opinion de M. Gibert : — Dans les cas aigus, lorsque la déviation du membre abdominal est très-considérable, les douleurs très-vives, le redressement immédiat a pour résultat d'abord de faire cesser les douleurs, et, si l'ankylose doit être malheureusement la terminaison de la maladie, de remettre le membre dans une position où il pourra encore rendre des services au malade. — Dans les cas chroniques sans suppuration, si les adhérences sont de nature fibreuse, c'est-à-dire si l'on peut savoir si la coxalgie est rhumatismale, la rupture de l'ankylose, en faisant disparaître la cause de l'immobilité du membre, permet d'imprimer chaque jour des mouvements à la cuisse, et par là de rétablir la physiologie de l'articulation. — Mais, si l'on ne peut pas savoir quelle est la nature des adhérences, il est à craindre que leur rupture amène ou de la suppuration ou un travail inflammatoire qui ne tardera pas à reproduire la difformité et l'ankylose.

Dans les cas où l'ankylose n'est pas complète, où l'on a pu déterminer une certaine quantité de mouvements, avant de recourir au redressement immédiat, il est plus prudent et plus physiologique de recourir à la méthode de M. Mellet.

Coxalgie chez les adolescents, par M. Clochard. (Thèses de Paris, nº 263.)

Pseudo-coxalgie ou névralgie coxo-fémorale simulant une coxalgie, par M. Verneuil. (Progrès, p. 457.)

Jeune fille malade depuis quatre mois, chloro-hystérique, qui paraissait présenter tous les symptômes d'une coxalgie, raccourcissement du membre droit, flexion de la cuisse, adduction assez prononcée et combinée avec de la rotation en dedans, pointe du pied inclinée en dedans et en bas, ascension du bassin du côté malade, douleur causée par la pression sur le grand trochanter, dans le pli de l'aine et à la fesse (sur les points caractéristiques), sensibilité exagérée du genou et de la jointure tibio-tarsienne. Toutefois, l'absence de la constitution lymphatique et les antécédents morbides faisant soupçonner à l'auteur qu'il ne s'agissait pas d'une vraie coxalgie, il profita d'un moment où il avait distrait l'attention de la malade, pour fléchir brusquement la cuisse sur le bassin, et constata que la mobilité de la jointure était complètement conservée et peu douloureuse. — Aménorrhée. — Traitement tonique à l'intérieur; traitement hydrothérapique.— Amélioration très-prompte. — Guérison rapide.

Affections hystériques des articulations, par M. Barwel. (Union médicale, t. II, p. 526.)

L'auteur parle de douleurs névralgiques du genou ou de la hanche, tenant à l'hystérie. Le diagnostic est quelquefois difficile. Le meilleur moyen d'en débarrasser les malades est d'agir sur l'imagination.

Contracture hystérique du genou, par M. H. Stokoe. (Union médicale, p. 270.)

Redressement du membre ; guérison par les toniques donnés pour combattre l'état nerveux.

Coxalgie traitée par la méthode de Bonnet, par M. Marjolin. (Société de chirurgie, 23 février.)

Une jeune fille de onze ans était plongée dans un marasme complet, dû à l'insomnie, à l'insuffisance d'alimentation et à de fâcheuses habitudes qui nécessitent l'emploi de la camisole de force pendant tout le temps du traitement. Le pied était dans la rotation en dedans, le genou était au devant de celui du côté opposé ; de plus, il y avait de la fièvre et une escarre au pied qui fut suivie d'une nécrose du calcanéum ; cet état avait succédé à une fièvre typhoïde. — Le 16 octobre, la jeune fille étant sous l'influence du chloroforme, on constate une élongation de la capsule, ayant produit une luxation complète ou incomplète que

l'on réduit facilement : au moment où la tête rentre dans la cavité cotyloïde, on perçoit le bruit qui accompagne ordinairement la réduction des luxations. La malade est maintenue dans l'immobilité au moyen d'un double appareil de Scultet. — Le 2 novembre, on lève l'appareil, et l'amélioration est si grande, que l'on soulève le membre sans faire crier la malade. — Le 2 janvier, on enlève définitivement tout moyen de contention et on constate que la malade exécute très-bien les mouvements d'abduction, d'adduction, de flexion, d'extension et de rotation. — Pas de claudication.

Coxalgie, ankylose, rupture de l'ankylose, par M. Viennois. (Société de chirurgie, 2 novembre.)

Rétablissement des formes et d'une partie des mouvements. — Constatation du résultat un an après. Mort et autopsie. — La même observation a été publiée par M. Dron dans la Gazette médicale de Lyon (1er novembre).

Observations et remarques sur la rupture de l'ankylose de la hanche, par M. Barrier. (Gazette médicale de Lyon, p. 312.)

Une jeune fille de neuf ans était atteinte d'une affection de la hanche droite, datant de six ans, avec nécrose de la partie supérieure du fémur, ayant donné lieu à de nombreux abcès, à l'élimination de plusieurs esquilles, et enfin à une ankylose coxo-fémorale avec flexion, adduction et raccourcissement du membre. Le pied, dans la station verticale, ne pouvait atteindre le sol, et la petite malade ne marchait qu'avec des béquilles. — L'affection était regardée comme incurable. Bonnet avait proposé la rupture de l'ankylose de la hanche, ce qui a été réalisé par MM. Barrier et Philippeaux. — Après deux opérations, la jambe fut ramenée à sa rectitude presque normale, et la malade put quitter Lyon au bout de deux mois, ne souffrant nullement de l'articulation de la hanche, la jambe parfaitement droite, et n'offrant de raccourcissement que celui qui résultait de l'atrophie du fémur et du tibia (environ un centimètre et demi). — On ne s'est pas occupé, dans ce cas si grave, de rendre à la hanche ses mouvements normaux ; on a conseillé le décubitus dans une gouttière, et l'emploi d'un tuteur destiné à soutenir le membre pendant la marche et la station. — Cette observation a été suivie, dans la Société médicale de Lyon, d'une discussion dans laquelle les lois posées par Bonnet ont reçu la sanction de toute la chirurgie lyonnaise.

Rupture d'ankylose du genou, par M. Demarquay. (Gazette médicale, p. 641.)

Une observation ; succès. La rupture a été produite par le

seul effort des mains, agissant méthodiquement, sans secousses.

Guérison d'une pseudarthrose et d'une ankylose sur le même membre, par M. Erichsen. (The Lancet, et Gazette médicale de Lyon, p. 409.)

Un jeune homme de vingt ans avait eu l'humérus droit fracturé à 8 centimètres au-dessus de son extrémité inférieure. La fracture ne se consolida pas; mais le coude s'ankylosa en droite ligne. Le membre ne pouvait rendre aucun service. — M. Erichsen traita l'ankylose par l'extension forcée. Quant à la fausse articulation, après l'avoir mise à découvert, il réséqua le bout de chaque fragment, puis perça dans ceux-ci des trous où il introduisit des chevilles d'ivoire, deux au fragment supérieur, une à l'inférieur. — Un érysipèle envahit le membre et se termina par un abcès. L'une des chevilles tomba. Autour des deux autres il se produisit une sécrétion osseuse considérable. La consolidation eut lieu. Quant au coude, tenu quelque temps immobile à angle droit, il jouit maintenant d'une certaine mobilité.

Pieds bots varus opérés depuis dix-huit ans, par M. Bouvier. (Société de chirurgie, 27 janvier.)

L'opération a été faite quand le malade avait un an. Comme résultat, il y a à noter que les formes sont à peu près normales, mais que les fonctions ne s'accomplissent pas d'une manière satisfaisante : les mouvements sont limités, la marche est fatigante.

Veines et artères d'un membre affecté de pied bot, par M. Verneuil. (Bulletin de la Société anatomique, p. 379 ; 1858.)

Tout le réseau vasculaire est moins considérable sur ce membre que sur le membre sain d'un sujet du même âge.

Pied bot varus. — Dégénérescence graisseuse des muscles, altération des nerfs, par M. Legendre. (Gazette médicale, p. 584.)

En ce qui concerne les nerfs, le microscope a révélé que les rameaux musculaires étaient atrophiés, graisseux, et que les tubes nerveux étaient aplatis et avaient perdu leur double contour.

Pied bot d'une espèce particulière, par M. Cavasse. (Bulletin de la Société anatomique, p. 376; 1858.)

On peut dire que la première rangée du tarse d'un côté, et de

l'autre la deuxième rangée et le métatarse présentent une disposition en dos d'âne dont l'angle correspond à l'interligne articulaire de la première avec la deuxième rangée du tarse. On peut dire encore que ce pied, par la partie postérieure, est un *pied talus*, et par sa partie antérieure un *pied équin*.

Traité pratique du pied bot, par M. V. Duval (3e édition ; J.-B. Baillière; in-8, xv-367 pages).

Main bot, par M. Legendre. (Gazette médicale, p. 298.)

Une observation de difformité de la main et de l'articulation du carpe ; l'auteur la regarde comme congéniale.

Syndactylie, par M. Michon. (Société de chirurgie, 16 novembre.)

A propos d'une malade présentée par M. Michon, malade qui a les doigts médius et annulaire soudés, quelques chirurgiens font connaître leur pratique; les uns disent qu'il faut opérer de bonne heure, les autres qu'il faut attendre. Le procédé de Zeller est celui qui paraît le meilleur.

Doigts surnuméraires pédiculés, par M. E. Alix. (Moniteur des sciences, p. 220.)

Quelques considérations sur la chirurgie comparée des membres supérieurs et inférieurs, par M. H. Devouges. (Thèses de Paris, n° 10.)

Ce travail intéressant est divisé en trois parties. — A. Coup d'œil sur la physiologie des membres supérieurs et inférieurs et des dispositions anatomiques qui en sont la conséquence. — B. Etude du mécanisme d'après lequel se produisent leurs lésions traumatiques, de la marche et des terminaisons de ces lésions. —C. Amputations et leurs suites.—Dans cette étude comparative, M. Devouges s'attache surtout à faire ressortir les différences qui existent entre les membres supérieurs et inférieurs, au point de vue de l'anatomie et de la physiologie. Il montre ensuite que ces considérations rendent parfaitement compte des différences si marquées que présentent les lésions traumatiques de ces parties.

Opérations sous-périostées et sous-capsulaires, par M. Larghi. (Gazette médicale, p. 73, 125, etc.)

Ce mémoire contient un grand nombre d'observations de reproduction des os, après des nécroses plus ou moins considérables.

Reproduction d'os avec leurs articulations, par M. Toland. (Charleston medic. Journ. and Review, et Gazette médicale de Lyon, p. 75.)

Quatre observations de résection de petites articulations; le chirurgien, ayant conservé le périoste, a vu non-seulement se reproduire la substance osseuse, mais encore il a constaté que les articulations se reformaient et que les mouvements étaient conservés. Il recommande de tenir dans l'immobilité le membre qu'on a opéré, et d'imprimer quelques mouvements de flexion, avant le complet développement de l'os nouveau : cette précaution n'est pas indispensable.

Résections sous-périostées, par M. Ollier.
(Bulletin général de Thérapeutique, t. LVII, p. 208, 261.)

Cet article, comme une note publiée par la Gazette médicale de Lyon, p. 65, est fait pour établir les propositions suivantes : Les opérations sous-périostées sont parfaitement rationnelles, parce que le périoste reproduit les os, et que les parties molles environnantes ne peuvent pas le suppléer. Les résections sous-périostées sont toujours praticables, partiellement du moins, même dans les plus mauvaises conditions. L'état de maladie des os n'annihile pas dans leur périoste le pouvoir de les reproduire. On trouve dans le même article la description de la sonde rugine, dont M. Ollier se sert pour détacher le périoste.

Résection du coude avec conservation du périoste, par M. Verneuil.
(Société de chirurgie, 15 juin.)

Cette observation est la même que celle qui suit.

Résection sous-périostée du coude, suivie de régénération osseuse, par M. Ollier. (Académie des sciences, 21 novembre.)

La résection a été faite par M. Verneuil, pour une carie de l'articulation. — Le périoste fut détaché avec le plus grand soin et conservé partout où il n'avait pas été détruit par la maladie. Malheureusement l'altération des extrémités articulaires était trop avancée pour qu'on pût l'isoler et le conserver à leur niveau ; aussi ce ne fut guère qu'autour de la diaphyse humérale, au-dessus de l'épicondyle et de l'épitrochlée, que la dissection put être régulière. Autour des deux os inférieurs, les conditions étaient plus défavorables encore. — La résection a porté sur les trois os ; on a enlevé de 8 à 9 centimètres de l'humérus et de 3 à 4 centimètres du radius et du cubitus, en tout 12 centimètres. — Le malade n'a eu qu'un raccourcissement du membre de 6 centimètres après la cicatrisation de la plaie. Une résection pra-

tiquée d'après la méthode ordinaire nous eût probablement laissé un raccourcissement égal à la portion d'os enlevée, c'est-à-dire à 12 centimètres, à moins que les os restés distants ne se fussent isolément cicatrisés. — Si la reproduction n'a pas été plus complète, c'est évidemment parce que le périoste avait été presque entièrement détruit autour des extrémités articulaires. Ici, comme chez les animaux, la reproduction a été sensiblement proportionnelle à l'étendue de périoste laissée dans la plaie. — M. Ollier fait remarquer la simplicité des suites de cette opération, et en particulier l'absence ou du moins la faiblesse de la réaction traumatique.

Fracture spiroïde du fémur et remarques sur la reproduction des os, par M. Broca. (Gazette hebdomadaire, p. 564, et Bulletin de la Société anatomique, p. 136.)

M. Descroizilles a publié l'observation d'une jeune fille qui a succombé à une blessure produite par l'une des grenades fulminantes du 14 janvier. Le projectile était arrêté dans l'intérieur du canal médullaire ; le fémur présentait une fracture spiroïde et la moelle était ossifiée. — M. Broca, dans l'analyse de ce fait, insiste sur l'existence des fractures spiroïdes, dont la gravité ne lui paraît pas aussi grande que l'a dit M. Gosselin. Il termine par le résumé de l'histoire des régénérations osseuses ; il conclut de toutes les observations qu'il rappelle que l'ossification peut se faire sans l'intervention du périoste.

Reproduction de la branche du maxillaire, par M. L. Ollier. (L'Art dentaire, p. 334.)

Ostéite tuberculeuse du maxillaire inférieur. — Résection de la branche montante droite de cet os. — Reproduction de la partie enlevée.

Désarticulation de l'omoplate et excision de l'extrémité acromiale de la clavicule, par M. G. Jones. (The Lancet, janvier.)

Cette opération n'a pas eu de suites fâcheuses ; le bras exécute quelques mouvements et il a assez de force pour soulever un gros registre.

Nouvelle méthode opératoire pour amputer l'omoplate, en respectant l'acromion et en conservant les mouvements du bras, par M. Pétrequin. (Gazz. med. ital. Lombardia, n° 22.)

Cette méthode consiste à faire une incision en T renversé,

puis à séparer la portion inférieure de cet os et à achever l'opération avec une scie à chaînette. Il va sans dire que ces indications ne doivent se rencontrer que rarement. D'ailleurs, cette opération est assez rapide, bien qu'on y rencontre une douzaine d'artères à lier.

Résection de l'articulation tibio-tarsienne, par **M. Korzeniowski.** (Gazette hebdomadaire, p. 376.)

Résection du genou, par M. Lefort. (Société de chirurgie, 8 juin.)

M. Lefort a compulsé 217 observations, et suivi l'opération dans toutes les phases de son histoire; il a pu se renseigner auprès des chirurgiens anglais et voir leurs opérés. — Parmi les objections qui ont été faites contre la résection du genou, une des plus sérieuses est, sans contredit, la suivante : le membre que vous conservez est complétement inutile, parce que les malades ne peuvent s'en servir; il est plus qu'inutile, il est gênant; l'amputation de la cuisse doit donc être préférée. — A cela, M. Lefort répond par les exemples d'opérés qui ont pu, après la résection du genou, faire de très-longues courses sans se fatiguer; il y a même des cas dans lesquels on n'a constaté qu'une légère claudication, comme suite de la maladie et de l'opération. — Le membre, du reste, ne s'atrophie pas, comme on l'a dit; il n'y a pas arrêt de développement, ou tout au moins l'atrophie et l'arrêt de développement ne se montrent que comme de très-rares exceptions, alors que les soins consécutifs ont été négligés. — Voilà de quoi nous rassurer sur les conséquences lointaines de la résection du genou; voyons maintenant les résultats immédiats. M. Lefort nous semble répondre d'une manière victorieuse à toutes les objections qu'on a faites ou qu'on pourrait faire. — En effet, sur 157 résections totales où les surfaces articulaires du fémur et du tibia ont été enlevées, il y a eu 38 morts, c'est-à-dire 1 sur 4 à peu près, tandis que les amputations de cuisse donnent 1 mort sur 2 opérés, et même à Paris 2 sur 3. — La résection est donc moins meurtrière que l'amputation de la cuisse. — Il est, dès lors, d'un intérêt secondaire d'insister sur les craintes émises *à priori* et exagérées, telles que l'abondance de la suppuration, l'infection purulente, l'inflammation de la veine poplitée, etc. — On a prévu que dans quelques cas la résection ayant échoué, on devrait pratiquer l'amputation de la cuisse, et on s'effrayait beaucoup de ces deux grandes opérations auxquelles le malade devait inévitablement succomber. Là encore les faits sont en contradiction avec le raisonnement, et jusqu'à présent, sur 16 cas d'amputations de la cuisse consécutives, il n'y a eu que 2 cas de mort. — Ce résultat de la statisti-

que ne peut être discuté, mais il ne peut guère non plus être expliqué. — M. Lefort donne la préférence au procédé de Mackensie, qui se réduit à une seule incision de la peau convexe en bas; le tendon rotulien est détaché de son insertion au tibia, et les os sont sciés d'arrière en avant, le plus horizontalement possible. On peut retrancher des os jusqu'à 15 centimètres de longueur, sans compromettre le succès ultérieur. — Immédiatement après l'opération, le membre est solidement fixé dans un appareil inamovible, qui ne doit être déplacé que longtemps après. — Le moment d'opérer est difficile à saisir; on doit se laisser guider par les règles posées pour les autres résections.— Le traitement général par les toniques a une grande importance. — En somme, M. Lefort a voulu prouver que la résection du genou conservait au malade un membre dont il pouvait se servir, que cette opération était moins meurtrière que l'amputation de la cuisse, et qu'il fallait, par conséquent, sauf certains cas exceptionnels, pratiquer la résection du genou plutôt que l'amputation de la cuisse.

Décollement traumatique de l'épiphyse inférieure du fémur, — Résection du genou. — Guérison, par M. Canton. (Union médicale, t. I, p. 141.)

Contributions aux résections des os, par M. L. Schillbach, Iéna, 1859. (Archives générales de médecine, novembre, p. 640.)

Résection de la hanche, par M. Kinloch.
(Charleston med Journ. and Review, et Gazette médicale, p. 190.)

L'auteur rapporte une observation de mort à la suite de la résection de la hanche; après avoir passé en revue les cas publiés, il arrive à cette conclusion que les résultats sont beaucoup plus satisfaisants que ceux de la désarticulation iléo-fémorale.

Excision du calcanéum par un nouveau procédé, par M. Morrogh.
(The New-York Journ., et Gazette médicale, p. 177.)

Succès obtenu dans un cas par le procédé suivant : Incision courbe partant en arrière du tendon d'Achille et se terminant à l'articulation calcanéo-cuboïdienne. On dissèque un lambeau carré en dehors, en cherchant à ménager les tendons des péroniers; le tendon d'Achille est soigneusement détaché de ses insertions. Un scalpel solide détache le calcanéum du cuboïde et de l'astragale; on le renverse ensuite en dehors et on le sépare des parties molles en respectant les artères plantaires.

Recherches sur les luxations sacro-coccygiennes, par M. Mouret. (Paris, V. Rozier; in-8, 29 pages.)

Luxation postérieure consécutive du fémur, par M. Golinelli. (Gazette médicale, p. 833.)

Pathogénie des corps étrangers articulaires, par M. Amabile. (Il Filiatre sebezio, et Gazette médicale, p. 832.)

L'inflammation n'est pas la cause des corps étrangers. C'est une hypertrophie des franges synoviales; la phlogose la suit et alors le plasma répandu autour des cellules cartilagineuses qui sont dans les franges développe ces cellules, et l'ossification les envahit bientôt.

Essai sur les corps étrangers dans les articulations et principalement dans celle du genou, par M. Ducharme. (Thèses de Strasbourg.)

Maladies des jointures. — Leur traitement, par M. Coote. (Gazette médicale, p. 752; British med. Journ.)

Dans cet article, l'auteur examine les causes des tumeurs blanches; il regarde la résection du genou comme préférable à l'amputation de la cuisse.

Cinq cas de redressement brusque pour des ankyloses du genou. — Succès constants, par M. Stanley. (Gazette médicale, p. 753.)

Luxation de l'extrémité inférieure du cubitus sur le fibro-cartilage inter-articulaire du poignet, par M. Goyrand. (Gazette médicale, p. 659, etc.)

Les principaux signes sont la pronation fixe, l'inclinaison de la main dans le sens de l'adduction, la résistance mécanique au mouvement de supination, le gonflement douloureux de la face dorsale du poignet, le claquement perçu au moment de l'accident. — Elle existe surtout chez les enfants, et elle reconnaît pour cause la pronation forcée. Dans ce mouvement exagéré, la surface articulaire inférieure de la tête du cubitus dépasse d'une grande partie de l'épaisseur de l'os le bord postérieur du fibro-cartilage inter-articulaire, et elle peut alors être retenue par ce bord épais, résistant, peu extensible du ligament, légèrement refoulé en haut par le carpe. Le cubitus ne peut revenir en avant et on a la luxation dont parle M. Goyrand. Pour la réduire, il faut imprimer à la main un mouvement de supination, en forçant la résistance que l'on éprouve. La réduction se fait souvent par un mouvement spontané du malade lui-même.

Nouvelle variété de luxation traumatique des os du tarse, par M. Rizzoli. (Gazette médicale, p. 821.)

Une observation, dans laquelle les os de la jambe, l'astragale et le scaphoïde se sont luxés comme un seul os en haut, en avant et en dedans du reste du tarse. La réduction a été facile.

De la dactylite articulaire, par M. Chassaignac. (Progrès, p. 425.)

L'auteur étudie l'inflammation des articulations des doigts ; il montre qu'elle est d'une durée très-longue ; il la combat par des sangsues appliquées une à une de chaque côté de l'articulation malade et par de petits appareils inamovibles.

Allongement des os après les amputations. (Société de chirurgie, 27 avril, 11 mai, 18 mai, 1er juin.)

M. Chassaignac a présenté une portion de l'extrémité inférieure du fémur, qu'il a réséquée parce qu'elle avait perforé le lambeau antérieur à la suite d'une amputation. — La surface de l'os est nécrosée; le fémur, débarrassé de sa partie mortifiée, se termine par une partie effilée. M. Chassaignac pense que c'est à une nécrose semblable qu'il faut attribuer la forme conique des os dans les moignons. — A la suite de cette présentation, il s'est engagé une discussion, dans laquelle il a été traité de l'allongement des os après les amputations (la réalité du fait n'a pas été contestée, mais les explications en ont été fort différentes); de la conicité des moignons; des procédés d'amputations, etc.

Note sur l'amputation sus-malléolaire avec deux observations nouvelles, par M. Laborie. (Société de chirurgie, 23 novembre.)

M. Laborie, après avoir rapporté deux nouvelles observations, discute ce point de pratique et arrive aux conclusions suivantes : —L'amputation sus-malléolaire, en raison de sa moindre gravité, doit, dans tous les cas et chez tous les individus, être préférée à l'amputation au lieu d'élection. — La méthode à lambeau postérieur épais, comprenant le tendon d'Achille, doit être préférée, si l'état des parties molles le permet. — La méthode à deux lambeaux serait adoptée, si l'on ne pouvait tailler un lambeau postérieur suffisant. — D'après les faits que j'ai pu observer, la méthode à lambeau doit être préférée dans toutes les amputations qui portent sur les sections de membre à deux os, ou dans les désarticulations qui laissent à l'extrémité du moignon une surface osseuse peu étendue. Cette méthode paraît être celle qui fournit

les meilleurs résultats, la guérison la plus prompte, et qui met le plus sûrement à l'abri de la conicité consécutive.

Chirurgie conservatrice du pied. — Mémoire sur l'amputation de M. Malgaigne (désarticulation astragalo-calcanéenne). — Quelques mots sur l'extirpation du calcanéum (opération de Monteggia), par M. A. Vaquez. (Thèses de Paris, nº 130.)

L'amputation sous-astragalienne présente pratiquement les conditions d'une bonne opération. — L'auteur propose de l'appeler *amputation de M. Malgaigne*, qui en a fait ressortir les avantages. — Elle a l'avantage d'être plus éloignée du tronc que la sus-malléolaire, l'intra-malléolaire. — La sus-malléolaire est une mauvaise opération pour les ouvriers; outre son éloignement du sol, le moignon est à peau fine, il s'excorie facilement et ne peut supporter aucune pression. — L'intra-malléolaire laisse un moignon à peau fine. La distance du sol est de $0^m.09$, ce qui empêche d'utiliser toute la peau de la plante comme base de sustentation. C'est toujours la peau latérale ou post-calcanéenne qui recouvre une partie du moignon. — Si l'astragale est sain, on ne doit pas faire la tibio-tarsienne, qui est du reste une bonne opération, quand on ne peut faire autrement. — Les suites fâcheuses de l'amputation de Chopart, bien observées et comparées à un plus grand nombre d'amputations sous-astragaliennes, pourront peut-être faire préférer cette dernière. — Le chirurgien doit toujours la préférer à l'amputation de Pirogoff, qui n'est pas encore jugée, et dont la mortalité est importante à noter, tandis que jusqu'à présent, pour l'amputation de M. Malgaigne, la mortalité est nulle. — Si le chirurgien trouve que le calcanéum est soudé à l'astragale, il propose d'amputer dans la continuité parallèlement à la plante. — Les meilleurs procédés sont ceux à lambeau latéral interne, plantaire et talonnier. — Lorsque l'amputation de Lisfranc sera possible, on devra toujours la préférer à la sous-astragalienne et à celle de Chopart. — Abstraction faite des orteils, la meilleure amputation partielle du pied est l'amputation dans la continuité des métatarsiens. — L'extirpation du calcanéum est une bonne opération pour la carie dure de Gerdy, la nécrose du calcanéum, la carie simple. Elle offre des dangers pour les caries molles, ulcérantes, des scrofuleux; la récidive est à craindre.

Amputation sous-astragalienne, par M. A. de Lignerolles. (Moniteur des sciences, p. 13.)

Lettres échangées entre l'auteur et M. Malgaigne à propos de la désarticulation sous-astragalienne.

Opération de Pirogoff, par M. Craft. (The Lancet, et Gazette médicale, p. 737.)

Sur 6 cas, 2 morts et 4 guérisons après des accidents. On a constaté des adhérences entre le calcanéum et le tibia. Cette opération est préférable à celle de Syme.

De l'amputation tibio-tarsienne et de l'amputation sous-astragalienne, par M. Dolbeau. (Gazette des hôpitaux, p. 107.)

L'auteur, dans cette note, décrit le procédé de M. J. Roux, dont on trouve une description inexacte dans plusieurs ouvrages. — Excellence de ces opérations un peu modifiées par MM. Malgaigne et Nélaton.

Résection de la tête du fémur, par M. Price. (The Lancet, et Gazette médicale, p. 737.)

Tumeur blanche. Le malade a guéri avec une fausse articulation.

Causes de la mort après les amputations, par M. Th. Bryant. (Union médicale, t. III, p. 56.)

Statistique très-intéressante, basée sur 300 observations. Il est impossible de donner un résumé de ce travail, fait avec des chiffres.

Sur l'alimentation des blessés et des opérés, par M. Bodereau. (Thèses de Paris, n° 99.)

Cette thèse met en relief les avantages de l'alimentation après les opérations. (Pratique de Ph. Boyer.)

Cicatrisation des plaies sous l'influence de l'acide carbonique, par MM. Demarquay et Ch. Leconte. (Académie des sciences, 5 décembre.)

Les expériences qui servent de base à ce mémoire ont été faites à l'aide d'appareils en caoutchouc, qui, une fois appliqués sur les membres atteints de plaies, permettaient de plonger ceux-ci dans une atmosphère d'acide carbonique, pendant quatre à six heures et même plus. Plusieurs malades atteints d'ulcères gangréneux, de plaies diphthéritiques ou de mauvaise nature, ayant résisté à des traitements antérieurs, ont été traités de cette manière et ont guéri avec une rapidité remarquable.

Nouveau mode de pansement des plaies d'amputation des membres, par M. Laugier. (Académie des sciences, 18 avril.)

Ce pansement a pour principal objet d'obtenir, à la suite des amputations dans la continuité des membres, la réunion immédiate du fond de la plaie. — On aurait pu se proposer le même but à l'aide de la suture profonde, qui a été proposée et pratiquée dans certaines fistules du périnée, ou à la suite d'opérations destinées à les guérir. Mais une suture profonde ne se fait pas sans intervention et séjour dans la plaie de corps étrangers, laissés à demeure un temps suffisant pour la réunion, temps qui peut varier beaucoup.—Ce pansement, fort simple, consiste à maintenir les chairs en avant et adossées d'un côté à l'autre de la plaie, en engageant sous le bandage roulé *deux plaques de liége* de 1/2 centimètre d'épaisseur, et dont la longueur et la largeur permettent d'embrasser presque circulairement le moignon, depuis sa base jusqu'au sommet, et de le dépasser à cette extrémité libre de 7 à 8 centimètres. Cette partie libre des plaques est digitée et percée à chaque doigt d'un trou pour recevoir un bout de ruban ou de lacet, qui, à la fin du pansement, réunit les digitations des plaques affrontées deux à deux. — Avant d'engager les plaques sous le bandage roulé, M. Laugier environne l'extrémité libre du moignon au niveau de la partie profonde de la plaie de circulaires épaisses d'amadou pour rendre la pression des plaques de liége plus douce et en même temps plus efficace, puisque cette couche d'amadou écarte la base de leurs digitations, dont les extrémités libres seront rapprochées et nouées par le lacet. — On pourrait, si on le voulait, réunir les lèvres de la plaie par la suture sèche, mais on peut se contenter, à l'exemple de Boyer et de ses successeurs, d'y interposer un mince plumasseau de charpie enduit de cérat.

Du traitement consécutif des plaies d'opération, par M. Heyfelder. (OEsterr. Zeitschrift für pract. Heilkunde, nº 16.)

Dès le premier pansement, application aussi exacte que possible des bords de la plaie, dans laquelle tous les fils des ligatures ont été coupés, et toute introduction de charpie évitée; réunion au moyen de points de sutures, préférablement au sparadrap; premier renouvellement du sparadrap renvoyé aussi longtemps que possible, puis dès lors fait seulement une fois par jour (deux fois, en cas de suppuration profuse); régime diététique très-modéré, au moins pendant les six premiers jours.

Nouvelle aiguille pour les sutures à fil métallique, par M. Price. (The Lancet, 4 juin, et Gazette médicale de Lyon, p. 299.)

Lorsqu'on emploie la suture à fil métallique, ce fil rigide qui

déborde l'aiguille déchire ou irrite le trajet que celle-ci parcourt à travers les téguments, et lui ôte, par conséquent, les caractères favorables d'une plaie par incision simple.— M. Price expose un modèle d'aiguille destiné à prévenir ces inconvénients. Elle est aplatie, creusée d'une rainure longitudinale et percée de deux chas, situés à courte distance. Quand on a passé le fil dans l'un, puis dans l'autre de ces trous, on le pousse dans le fond de la rainure ; de cette façon, il ne fait point saillie hors du plan de l'aiguille.

Excision du nerf sciatique dans un cas de névralgie affectant un moignon de cuisse, par M. C. Blackman. (Archives générales de médecine, septembre, p. 606.)

De la cicatrisation en général et de celle dite sous-crustacée en particulier, par M. Ritzinger. (Thèses de Strasbourg.)

Ce travail confirme, par de nouvelles observations, les résultats obtenus par M. Bouisson.

Mécanisme de l'oblitération des veines consécutive aux amputations, par M. Verneuil. (Bulletin de la Société anatomique, p. 65.)

Présentation des veines d'un amputé mort au vingt-cinquième jour. Elles sont oblitérées près de la plaie dans une étendue de 2 à 3 millimètres ; au-dessus, la saphène interne est vide ; les parois épaissies sont rapprochées ; la tunique interne présente des plis nombreux. La saphène externe contient un long caillot, libre, qui s'étend jusqu'à la première valvule.

Appareil unissant au collodion, de M. Goyrand. (Bulletin général de Thérapeutique, t. LVI, p. 335.)

Description du *modus faciendi*, avec des observations à l'appui de l'efficacité de ce pansement.

De la sous-cutanisation des plaies par la réunion collodionée, par M. Fourgniaud. (Thèses de Paris, nº 190.)

Quatre observations de plaies étendues, profondes et même contuses, dont la cicatrisation a été obtenue sans suppuration, sans gonflement et sans douleur. Lorsque la plaie est fortement contuse, il peut se former de petits abcès au-dessous du collodion ; on y remédie par des incisions.

Nouvel appareil prothétique destiné à remplir les principales fonctions de la main, chez ceux qui ont subi la perte totale de l'un des membres supérieurs, par M. Baudot. (Académie de médecine, 29 novembre.)

Forme des projectiles de guerre dans ses rapports avec leur force de projection, par M. Legouest. (Société de chirurgie, 24 août.)

M. Legouest présente une balle autrichienne. Sa forme est cylindrique et ogivale. Celles dont nous nous servons en France sont simplement évidées; de cette façon elles sont moins exposées à culbuter, leur centre de gravité se trouvant plus en avant. — Les balles autrichiennes atteignent le même but à l'aide de deux rainures circulaires et profondes qui se trouvent à la partie postérieure, dont le poids est ainsi notablement diminué. De plus, la balle qui marche la pointe en avant arrive plus sûrement au but : c'est là un fait de balistique parfaitement connu. Au point de vue chirurgical, on comprend qu'elles pénètrent beaucoup mieux. — M. Larrey a ajouté que les blessures sont beaucoup plus graves avec les balles cylindro-coniques qu'avec les balles rondes. Nos balles françaises, qui sont d'un calibre plus fort, arrivent moins vite au but, mais produisent des lésions beaucoup plus graves. Les balles cylindro-coniques tendent à se déformer davantage.

Nouveau tire-balle, par M. Langenbeck. (Deutsche Klinik, n° 23.)

Cet instrument est construit d'après le même principe que la curette articulée de M. Leroy (d'Etiolles). Il se compose d'une tige de fer longue de 6 pouces 9 lignes, terminée à l'une de ses extrémités par un manche de bois, et à l'autre par une cuiller mobile, arrondie, et fenestrée pour pouvoir s'adapter facilement aux balles coniques. La cuiller, qui continue la direction de la tige qui la supporte, se place perpendiculairement à cette tige, lorsqu'on presse sur un ressort placé sur les côtés du manche. On lui imprime cette direction après l'avoir introduite sur les côtés de la balle et un peu au delà d'elle. Il est alors facile de l'extraire. La longueur de la tige permet d'aller chercher le projectile à six pouces de profondeur.

Extraction des corps étrangers métalliques implantés dans les tissus. — Nouveau procédé, par M. Robert. (Bulletin général de Thérapeutique, t. LVI, p. 385.)

Un ténaculum est passé dans la peau, au-dessous du point où est situé le corps étranger; on soulève ainsi les téguments, que l'on incise en dédolant, de manière à obtenir un petit lambeau,

une sorte de couvercle de tabatière qui permet les tentatives d'extraction, et cela sans presser aucunement sur le corps étranger, qui se trouve ainsi à découvert et que l'on saisit facilement avec des pinces.

Recherche des corps étrangers de fer, d'acier et de fonte, au moyen de l'aiguille aimantée, par M. Anselmier. (Académie de médecine, 7 septembre.)

L'auteur se sert de l'aiguille aimantée, lorsqu'il s'agit de corps étrangers de fer, d'acier ou de fonte, pour établir un diagnostic *à priori*. — « A cet effet, dit-il, nous suspendons à un point fixe, au moyen d'un fil sans torsion, une aiguille aimantée, de 15 à 20 centimètres de dimension. Lorsqu'elle est devenue immobile, nous approchons avec précaution de l'un de ses pôles la partie où nous supposons la présence de l'un des corps étrangers dont nous avons parlé. La déviation ou l'immobilité de l'aiguille aimantée rendra certain le diagnostic. »

Moyens d'éliminer des grains de poudre fixés dans la peau, par M. Busch. (Virchow's Archiv, et Gazette des hôpitaux, p. 266.)

M. Busch a emprunté l'idée de ce traitement à la méthode employée par M. Hébra contre les éphélides. Cette méthode consiste à provoquer, par des applications d'une forte solution de sublimé, une inflammation eczémateuse après la guérison de laquelle les taches de la peau disparaissent. Comme le pigment des éphélides ne se trouve pas dans l'épiderme, mais dans le réseau de Malpighi, M. Busch en a conclu que, dans le développement de l'eczéma, non-seulement l'épiderme est soulevé, mais qu'aussi la couche la plus superficielle du derme est refoulée, et c'est ce qui le conduit à proposer ce moyen pour déterminer l'élimination des grains de poudre enfoncés dans la peau, quand le cas est récent, et que les grains sont trop nombreux pour être enlevés avec un instrument.

Rétraction de la main et des doigts à la suite d'une saignée, par M. Borelli. (Gazetta medica italiana, Stati sardi, et Gazette hebdomadaire, p. 63.)

La saignée, qui avait eu lieu à la veine radiale superficielle, quelques centimètres au-dessous de son entrée dans la céphalique, fut assez douloureuse et immédiatement suivie d'une rétraction des doigts qui augmenta de plus en plus ; elle allait en diminuant du petit doigt au pouce, et occasionnait de vives douleurs quand on voulait redresser les doigts et la main, et habituellement une certaine sensation pénible à partir de la saignée :

sur le point où celle-ci avait eu lieu, l'auteur parvint à sentir comme un fil tendu sous la peau, dans la direction de la veine radiale superficielle; il en fit la section sous-cutanée d'arrière en avant, ce qui produisit une guérison qui dut être consolidée par l'application d'un bandage, et s'est maintenue depuis trois ans.

Empalement thoracique suivi de guérison, par **M. Ranzi.** (Gazetta med. italiana, Stati sardi.)

Un jeune homme de dix-sept ans, tombant du haut d'une échelle de construction, rencontra dans sa chute un barreau aigu, qui pénétra, en arrière, entre la huitième et la neuvième côtes droites, et sortit, en avant, entre la quatrième et la cinquième côtes gauches. La huitième droite et la première gauche furent fracturées. A part l'orthopnée, et le sifflement causé par la pénétration de l'air à chaque inspiration, aucun phénomène grave ne se manifesta. Le murmure respiratoire était libre dans toute l'étendue de la poitrine : on n'entendait qu'un bruit sec et franc, isochrone aux battements du cœur et dont on ne put définir la nature. D'ailleurs ce bruit cessa après que M. Ranzi eut fermé la plaie antérieure à l'aide de serre-fines. Le blessé n'eut qu'une fièvre modérée. Au bout de quinze jours il était guéri.— M. Ranzi a pratiqué, sur le cadavre, plusieurs expériences afin de déterminer quelles parties sont lésées par une tige parcourant le trajet désigné par la situation des deux ouvertures d'entrée et de sortie. Il a ainsi reconnu que les poumons peuvent rester intacts, mais que probablement le médiastin et le péricarde ont été perforés. — Il n'en est pas moins remarquable que, malgré la quadruple blessure des feuillets séreux, ce jeune homme ait dû son salut au barreau qui l'a arrêté au milieu de la chute beaucoup plus grave qu'il était sur le point de faire.

Contusions par morsure de la région deltoïdienne, par **M. Lejeune.** (Moniteur des hôpitaux, p. 11.)

Il existait en même temps une déchirure sous-cutanée du deltoïde. — Escarres consécutives, suppuration du muscle déchiré. — Guérison.

Quelques mots sur une variété d'érysipèle traumatique par infection, par M. Thoinet. (Thèses de Paris, n° 186.)

Dans ce travail se trouvent quelques faits intéressants. L'auteur a observé trois cas authentiques d'érysipèles accompagnés d'albuminurie; il a vu, de plus, que, sur cinq ou six malades dont

les piqûres ou les incisions furent recouvertes de collodion, l'érysipèle ne s'est point développé.

Bons effets de la position élevée dans le traitement de l'érysipèle des membres, par M. Mitchell Henry. (The Lancet, et Bulletin général de Thérapeutique, t. LVI, p. 390.)

Ce chirurgien ne se contente pas de placer la jambe ou le bras affecté sur un plan incliné de 45 degrés; il lui donne une position verticale par rapport à l'axe du corps étendu horizontalement ; ce moyen a parfaitement réussi dans un cas très-intense d'érysipèle de la jambe chez un vieillard, cas où il existait une vive douleur et une tuméfaction très-prononcée ; en douze heures, douleur et tuméfaction avaient complétement disparu. Il en a été de même chez un jeune garçon pour un érysipèle de la région cubitale.

Avantages des fils d'argent sur les sutures ordinaires, par M. Cl. Ollivier. (Gazette des hôpitaux, p. 180.)

Une observation de déchirure du périnée ; l'opération a parfaitement réussi ; la réunion a été faite au moyen de fils d'argent.

Observation de plaie par instrument tranchant, par le docteur Costa. (Journal du Progrès, p. 40.)

Observation pour prouver que les plaies par instrument tranchant guérissent avec facilité.

Des piqûres anatomiques et de leur traitement par l'eau chlorée, par M. Garrigou. (Gazette des hôpitaux, p. 118.)

Ce traitement, préconisé par M. Nonat, a donné à l'auteur de bons résultats.

Traitement de la gangrène d'hôpital par l'acide sulfurique concentré. (Union médicale de la Gironde.)

Bons résultats constants obtenus par la méthode suivante : des morceaux de linge usé sont placés dans une soucoupe et imbibés d'acide sulfurique concentré; après les avoir un instant remués dans l'acide et en avoir exprimé l'excédant du liquide, on en recouvre la plaie, en ayant soin de la déborder de trois ou quatre lignes, et les anfractuosités sont remplies par des pelotes de charpie également imbibées du caustique. On laisse à l'air, pendant trois ou quatre minutes, puis on recouvre de charpie sèche, de compresses et d'un bandage approprié à la région.

Etudes de physiologie pathologique.—Examen d'un point de l'étiologie des fistules permanentes, par M. A. Verneuil. (Archives générales de médecine, janvier, p. 63.)

Cet article est consacré à la démonstration de la proposition suivante : les liquides excrétés ou les matières excrémentielles ne peuvent empêcher la cicatrisation secondaire des plaies, et ils sont, par conséquent, incapables à eux seuls d'amener la formation des fistules permanentes.

De l'anaplastie, par M. Verneuil. (Société de chirurgie, 10 août.)

C'est un *Essai de classification des difformités et des opérations qui leur conviennent*. L'auteur range les opérations à l'aide desquelles on remédie aux difformités dans les quatre classes suivantes : *synthèse*, *diérèse*, *exérèse* et *prothèse*; les difformités elles-mêmes se rattachent aussi à chacune de ces classes lorsqu'elles sont simples, et à deux ou trois si elles sont compliquées; pour les combattre, il faut pratiquer une opération appartenant à une classe de nom contraire. Citons pour exemple le bec-de-lièvre ; s'il est simple, c'est une difformité appartenant à la classe de la *diérèse;* on y remédiera par la suture, opération de *synthèse*. On détruit la *syndactylie*, difformité par *synthèse*, au moyen d'une incision, opération qui est une *diérèse*. — Le bec-de-lièvre est-il compliqué de la saillie du tubercule médian, il y a en même temps *diérèse* et *prothèse*, il faut faire successivement une opération d'*exérèse* pour guérir la *prothèse*, et faire une *synthèse* pour remédier à la *diérèse*.

Nouveau procédé de rhinoplastie, par M. Busch.
(Archives générales de medecine, août, p. 228.)

Il consiste à prendre le lambeau sur la partie supérieure du dos du nez, au niveau des os propres et des apophyses montantes des maxillaires supérieures. La peau de cette région est très-extensible, moins épaisse, et par conséquent plus facile à mouler sur les parties qu'elle recouvrira, que la peau du front ; elle est en outre munie d'une couche de tissu sous-cutané suffisante.

Restauration des cicatrices vicieuses, par M. Decès.
(Paris, Germer Baillière ; in-8, XXXII-127 pages.)

Ce mémoire, reproduit par la Gazette hebdomadaire, p. 338, a été analysé dans l'*Annuaire*, t. II, p. 361.

Traitement des cicatrices douloureuses, par M. Hancock. (The Lancet, 23 juillet.)

Les cicatrices adhérentes aux os deviennent quelquefois le siége de douleurs très-vives ; M. Hancock explique par l'*adhérence* les phénomènes observés, et il propose d'isoler la cicatrice du périoste et d'empêcher leur adhésion ultérieure par des mouvements de glissement imprimés tous les jours à la peau et continués aussi longtemps que nécessaire. L'opération se fait sous la peau au moyen d'un ténotome. Le seul cas rapporté est un bon résultat.

Extension volontaire dans les contractures des membres pour remplacer la ténotomie, par M. Parow. (Gazette médicale, p. 46.)

Etudes sur les rétrécissements des canaux et des orifices muqueux, par M. Samaniego. (Thèses de Paris, n° 66.)

Etude de physiologie pathologique, dans laquelle l'auteur reproduit, avec quelques développements, une doctrine générale des rétrécissements, professée par M. Verneuil dans ses cours d'anaplastie.

Suppuration verte (suppuration bleue des auteurs), par M. Bergouhnioux. (Gazette médicale, p. 18.)

La suppuration bleue doit sa coloration à la matière colorante de la bile ; il en est de même d'une foule d'autres liquides qui présentent la même coloration : méconium, l'écoulement des urétrites, des otites, des coryzas, etc., etc.

Guérison de l'inflammation par la compression digitale, par M. Vanzetti. (Archives générales de médecine, p. 232, février.)

Les idées de M. Vanzetti avaient déjà été exposées. (V. l'*Annuaire*, t. II, p. 356.)

Emploi du cautère dans les inflammations phlegmoneuses et érysipélato-phlegmoneuses, par M. Chevalier-Dufau. (Gazette des hôpitaux, p. 78.)

Usage des canules en ivoire ramolli dans le traitement des abcès sinueux ou profonds, par M. Girou de Buzareingues. (Gazette des hôpitaux, p. 335.)

Des abcès en général et de leur traitement par la cautérisation au moyen du nitrate d'argent, par M. E. Pineau. (Thèses de Paris, nº 180.)

M. Pineau expose les idées de M. Nonat, dont il a été l'interne; il rapporte à l'appui huit observations des plus concluantes. — Résumé : Le traitement des abcès présente deux indications : 1° ouvrir une issue au pus; 2° faciliter son écoulement. — L'emploi des mèches remplit très-mal la seconde indication, parce qu'elles forment un obstacle à l'écoulement du pus. Voici quelle est la pratique de M. Nonat : ouverture suffisamment large à la partie la plus déclive de la collection purulente; pression méthodique pour faire sortir le pus; introduction de quelques brins de charpie pour empêcher l'agglutination ; le lendemain, cautérisation au nitrate d'argent de l'ouverture extérieure et de tout le trajet qui conduit à l'abcès ; cette cautérisation sera répétée tous les deux jours, si l'abcès est profond. Ce procédé est applicable à tous les abcès aigus superficiels ou profonds (panaris, phlegmon de la paume de la main, abcès du sein, des fesses, des membres, de l'aisselle et du voisinage de l'anus).

Phlegmon diffus du membre supérieur ; gangrène, diathèse purulente. — Guérison, par M. Hausner. (Montpellier médical, avril.)

Abcès de la fosse iliaque, par M. Chatard. (Journal de médecine de Bordeaux, juin.)

Phlegmon du tissu cellulaire situé sous le muscle grand fessier, par M. M. Robert. (Gazette des hôpitaux, p. 126.)

Abcès profonds de la jambe, par M. Chassaignac. (Gazette médicale, p. 257.)

Mal vertébral latent, par M. Sarrazin. (Société de chirurgie, 30 mars.)

Abcès par congestion simple; gibbosité tardive avec exostose apophysaire sans paralysie symptomatique. Guérison spontanée.

Sur un mode de terminaison des abcès par congestion. — Ouverture de ces abcès dans les voies aériennes, par M. Guérineau. (Thèses de Paris, nº 151.)

L'auteur a eu occasion d'observer un cas d'abcès par congestion qui s'est ouvert dans les voies aériennes ; il a réuni dans ce travail les cas sembables qu'il a trouvés, et il est arrivé aux conclusions suivantes : Non-seulement du pus, mais même des fragments d'os nécrosés, peuvent être rendus par les voies aériennes.

— La terminaison n'est pas nécessairement mortelle. — Il y a deux symptômes caractéristiques de l'ouverture d'un abcès par congestion dans le poumon : 1° l'expectoration subite de pus, précédée d'une toux convulsive et accompagnée d'une dyspnée intense ; 2° la constatation de certains phénomènes présentés par la tumeur et annonçant la présence de l'air, à savoir : le bruit de pot fêlé, le gargouillement et la résonnance tympanique. — Si, dans un abcès déjà ouvert, une suppuration un peu abondante se supprime brusquement, il faut chercher à rétablir la voie d'excrétion au dehors. — Si les tentatives faites dans ce but sont infructueuses, ouvrir immédiatement les nouvelles collections purulentes qui peuvent apparaître, surtout si elles se présentent dans une région très-voisine des organes respiratoires.

Abcès par congestion traité par les injections et l'alimentation iodées. — Guérison rapide, par M. Ameuille. (Union médicale, t. IV, p. 562.)

Du panaris et des inflammations de la main, par M. Bauchet. Deuxième édition. (Paris, A. Delahaye; in-8, x-207 pages.)

Dans ce volume, promptement arrivé à sa deuxième édition, M. Bauchet étudie d'abord l'anatomie topographique des doigts et de la main. Dans la première partie, il donne l'histoire du panaris, dont il fait trois variétés : 1° le panaris superficiel (érythémateux, phlycténoïde, unguéal, anthracoïde) ; 2° le panaris sous-cutané, et 3° le panaris profond. A propos de ce dernier, l'auteur examine la nécrose des tendons et la nécrose des phalanges. — Dans la deuxième partie de son ouvrage, M. Bauchet s'occupe des inflammations de la paume de la main ; il les divise aussi en superficielles, sous-cutanées et profondes; ces dernières sont dans les coulisses tendineuses ou seulement le tissu cellulaire sous-aponévrotique. — La dernière partie est consacrée aux complications locales ou générales.

Panaris et dermite vésiculo-pustuleuse, par M. Bergeret. (Gazette des hôpitaux, p. 287.)

Ces accidents sont survenus chez un médecin à la suite d'une délivrance pratiquée trente-sept heures après l'accouchement.

Traitement des panaris par les bains alcalins fréquents et prolongés, par M. Von Breuning. (Journal de médecine et de chirurgie pratiques, février.)

Voici ce traitement, qui, suivant l'auteur, aurait de grands

avantages : D'heure en heure, et même de demi-heure en demi-heure, la nuit comme le jour, on plonge le doigt malade pendant quinze minutes dans une lessive alcaline chaude, tiède ou froide, au gré du patient, et, dans les intervalles, on enveloppe la partie affectée de compresses trempées dans la même lessive. Si les occupations du malade ne lui permettent pas de faire usage de bains alcalins, ou s'il peut s'abandonner au sommeil, on entoure le doigt de levain ou d'argile humide, matière qui tempère la cuisson. Dans le cas de douleurs excessives, on calme celle-ci à l'aide d'un liniment composé avec une partie d'extrait de belladone et six parties d'huile de jusquiame cuite. Tout au début de l'affection, et surtout quand celle-ci est très-violente, quelques sangsues peuvent être indiquées pour faire avorter la suppuration, mais, après la chute des annélides, il faut recourir aussitôt aux bains alcalins.— M. Von Breuning assure que ce traitement, mis en usage dès le début du mal, rend inutiles les incisions ; il tient même celles-ci pour nuisibles et n'en fait jamais. Le pus, quand il s'en forme, se fait jour spontanément, et l'on continue les bains alcalins pendant tout le temps de la suppuration et alors même que la cicatrisation s'effectue, car l'expérience a démontré qu'ils la favorisent. La médication de M. Von Breuning est encore applicable aux inflammations de la paume de la main sans qu'on ait besoin de pratiquer des incisions ; elle ne laisse jamais après elle de perte entière de la phalange où a siégé le mal, et, constamment, le doigt a retrouvé la liberté de ses mouvements.

Guérison des panaris par la créosote, par M. Turchetti. (Gazetta medica italiana.)

Dans la province de Garfaguana, dès que les habitants sentent les premiers symptômes de ce mal douloureux, ils appliquent autour du doigt un petit morceau de linge trempé dans de la créosote : ils sentent une douleur intense qui dure près d'un quart d'heure, puis la douleur et la tuméfaction cessent peu à peu, et le panaris est arrêté par ce traitement abortif, dont l'auteur ne parle qu'après en avoir constaté les bons effets.

Panaris de la troisième phalange ou phalangette (service de M. Robert). (Moniteur des hôpitaux, p. 274.)

Traitement du panaris, par M. Mlinaric. (Union médicale, t. III, p. 259.)

M. Mlinaric recommande le moyen suivant : on écrase des escargots, *helix pomat*, avec leurs coquilles, en une bouillie bien homogène, avec laquelle on enveloppe le doigt ; un linge sec

sert à la retenir. Trois heures après au plus tard, la douleur a complétement cessé. La pâte se dessèche complétement, est enlevée vingt-quatre heures après en plongeant le doigt dans de l'eau chaude et remplacée par une nouvelle application. On continue ainsi pendant trois, quatre à cinq jours, au bout desquels le panaris a disparu.

Inflammations de la paume de la main, par M. Etienne Mercier. (Thèses de Paris, nº 231.)

Des abcès de la paume de la main, par M. Ratronis. (Thèses de Paris, nº 164.)

Règles de l'incision dans le cas d'anthrax, par M. Collis. (The Dublin quarterly Journ., et Gazette médicale de Lyon, p. 425.)

Comme cette affection s'accompagne d'une inflammation du fascia sous-cutané, et que l'exsudation plastique s'opère en partie au-dessous de cette membrane, il est nécessaire que l'incision porte sur elle. — Inciser à une profondeur plus considérable qu'on ne le fait d'ordinaire est donc le précepte que M. Collis cherche à faire prévaloir. De cette façon, on remédie immédiatement à l'étranglement, on prépare l'évacuation facile de la collection purulente et on prévient la gangrène étendue des téguments qui résulte de la destruction de leurs vaisseaux et de leurs nerfs, quand ceux-ci ont été trop longtemps macérés dans le pus. — Agir de bonne heure et porter le bistouri d'emblée, à une certaine profondeur, réalisera encore pour le chirurgien l'avantage de le dispenser d'y revenir à une seconde ou troisième reprise. — Comme il faut que le fascia soit divisé, on reconnaîtra que l'incision cruciale est assez profonde lorsqu'on pourra sans peine, après qu'elle a été faite, soulever ses lambeaux, qui doivent se trouver naturellement détachés d'avec les parties sous-jacentes.

Anthrax guéri par le séton, par M. Buisson. (Union médicale de la Gironde, janvier.)

M. Buisson (de Bordeaux) a rencontré plusieurs cas d'anthrax, qui l'ont mis à même de recourir à une thérapeutique nouvelle. Une dame de quarante-deux ans avait, dans la fosse sous-occipitale, un anthrax du volume d'un œuf de pigeon. Il pensait à pratiquer de larges incisions, à employer le fer rouge ; mais les incisions, dans un cas précédent, n'avaient pas empêché un large sphacèle ; il s'arrêta au moyen suivant, qui lui avait déjà donné

de bons résultats : il traversa la base de la tumeur avec une mèche à séton. Le résultat a été remarquable par la rapidité de la guérison et le peu de désordre qu'a laissé cet anthrax ; en vingt-deux jours, la malade était complétement guérie.

Considérations pratiques sur les affections charbonneuses en général et sur la pustule maligne en particulier, par M. A. Gantheret. (Thèses de Paris, n° 166.)

Voici les points principaux renfermés dans ce travail : sous forme alimentaire, le principe charbonneux est presque inoffensif. — La transmission par le contact avec les animaux malades est rare, car on voit très-souvent les habitants des campagnes soigner impunément leurs bestiaux malades. — La pustule maligne peut naître spontanément. — L'azotate d'argent, de l'efficacité duquel on a douté jusqu'à ce jour, produit des résultats aussi prompts et aussi avantageux que les autres escarrotiques (14 observations).

De l'encens dans la pustule maligne, par M. Vaillandet. (Bulletin de la Société médicale de Besançon.)

M. Vaillandet a employé avec succès, dans quatre cas graves de pustule maligne, les pansements avec la poudre d'encens (*boswellia thurifera*). M. Vaillandet s'est servi, dans un premier cas, d'une pâte préparée avec de l'encens ordinaire du commerce réduit en poudre, un peu de salive et de l'alcool ; mais il a eu recours plus tard à la poudre de l'encens pur de l'Inde (*boswellia thurifera*), délayée avec de la teinture de benjoin ou d'oliban, et cette dernière préparation lui a procuré des résultats plus promptement marqués. Chaque jour, la pâte était appliquée en couche épaisse sur la plaie gangréneuse, et toutes les parties circonvoisines de la région malade étaient arrosées avec la teinture balsamique. Ces pansements, secondés par un traitement tonique (limonade vineuse, bouillon), ont détruit, au bout de quelques jours seulement, la malignité de l'affection; la guérison a été achevée par le pansement ordinaire des plaies simples. A la suite des observations très-concluantes qu'il rapporte à l'appui de sa médication, M. Vaillandet résume ainsi son travail : 1° L'encens pur de l'Inde, en tant que topique, doit être considéré jusqu'à présent comme un moyen puissant, d'un emploi facile et d'une innocuité constante, dans le traitement de la pustule maligne et des maladies charbonneuses de la peau. — 2° Son emploi, fait à temps, avec persévérance et d'une manière convenable, peut gé-

néralement suffire dans tous les cas, sans qu'il soit besoin de recourir à la cautérisation actuelle ni aux autres moyens analogues (caustiques potentiels). — 3° Employé de bonne heure, il pourra, le plus souvent, faire en quelque sorte avorter le travail de la gangrène, ou tout au moins en restreindre considérablement les ravages. — 4° Il possède sur ses devanciers le grand avantage d'être exempt de douleur, sans laisser d'être tout aussi rapide dans son action que les meilleurs d'entre eux et non moins sûr, pour ne pas dire plus, dans ses effets.

Œdème malin comprenant la gencive, la mâchoire inférieure et le cou. — Mort en vingt-quatre heures, par M. Antoine. (L'Art dentaire, p. 318.)

Pustule maligne. — Cautère actuel et encens commun, par M. L. Sorbets. (Gazette des hôpitaux, p. 430.)

Une observation, dans laquelle la guérison a été obtenue, à la suite de la cautérisation avec le cautère actuel et des pansements avec les feuilles de noyer et l'encens.

Affection furonculeuse maligne. — Exophthalmie. — Mort, par M. Dégrange. (Union médicale de la Gironde, août.)

Œdème malin, par M. Raimbert. (Gazette hebdomadaire, p. 534.)

Extrait de l'ouvrage suivant.

Traité des maladies charbonneuses, par M. Raimbert. (Paris, V. Masson ; in-8, IV-412 pages et 2 planches.)

Les différentes affections charbonneuses dont M. Raimbert aborde successivement l'étude sont : la pustule maligne, l'œdème malin, le charbon malin spontané ou symptomatique, et la fièvre charbonneuse. Relativement à cette dernière, il conclut de ses observations que l'existence d'une fièvre charbonneuse simple spontanée, due à des causes générales, est fort douteuse ; il est au contraire disposé à admettre une fièvre charbonneuse se développant sous l'influence d'un air vicié par le virus charbonneux et surtout l'usage de viandes issues d'animaux morts ou malades d'affections charbonneuses. Les phénomènes morbides de cette fièvre sont ceux de la période d'intoxication de la pustule maligne ou des fièvres putrides. — M. Raimbert rejette toutes les médications locales autres que la cautérisation (extirpation, scarification, sangsues, topiques astringents, encens, feuilles de noyer). Parmi les caustiques actuels, le sublimé corrosif a été généralement proscrit : d'après M. Raimbert, c'est à tort ; il agit très-

profondément, produit une escarre nette et bien circonscrite, et provoque une réaction phlegmasique énergique, dans les parties voisines. — Les moyens d'arrêter et de prévenir les ravages des maladies charbonneuses ont été étudiés par M. Raimbert dans la dernière partie de son ouvrage. Les préceptes qu'il arrive à formuler à cet égard se résument en ces termes : enfouir les animaux morts d'affections charbonneuses; faire procéder à l'enlèvement immédiat de leurs cadavres par des établissements d'équarrissage ; défendre le débit de leur chair et s'abstenir d'en faire usage ; avoir des soins de propreté minutieux, et faire des lotions avec des préparations alcalines ou acides neutralisantes, lorsqu'on a touché, pansé, fouillé ces animaux, manié ou travaillé leurs dépouilles ; éviter, autant que possible, les lieux où séjournent les troupeaux atteints de ces maladies, et ne jamais coucher dans les étables et les bergeries.

Collodion riciné contre les brûlures, par M. Swain.
(British medical Journal, et Gazette hebdomadaire, p. 428.)

M. Swain rapporte trois observations de brûlures au deuxième et au troisième degré, traitées par les applications de collodion riciné (une partie d'huile sur deux de collodion). On renouvelle la couche de collodion deux ou trois fois par jour jusqu'à ce que la suppuration soit franchement établie, puis on applique des cataplasmes jusqu'à ce que les surfaces suppurantes soient complétement détergées, et l'on panse au liniment oléo-calcaire jusqu'à cicatrisation complète.

Traitement des brûlures par le bain d'eau chaude permanent,
par M. Passavant. (Deutsche Klinik.)

Les observations sur lesquelles est basé ce travail ont été faites à l'occasion d'une explosion qui coûta la vie à quatorze personnes, dans une fabrique de pièces de feu d'artifice, à Francfort. Treize sujets furent amenés à l'hôpital avec des brûlures à tous les degrés ; tous furent traités par les bains tièdes permanents, ou bien, quand ce moyen était inapplicable, par des fomentations d'eau tiède. L'eau, que l'on renouvelait deux fois par jour, ou plus souvent, lorsque la suppuration était très-abondante, était maintenue à la température de 27° Réaumur. On employait des appareils analogues à ceux dont M. Langenbeck se sert pour le traitement des amputations, et quand, au bout de quelques semaines, ils fatiguaient les malades, on leur substituait des fomentations tièdes. — Le premier effet produit par le bain était un soulagement considérable, et bientôt la douleur, d'abord

excessive, cessait complétement. Les tissus, desséchés et durcis, se pénétraient d'eau, se ramollissaient, et les escarres se détachaient plus facilement. Ce mode de traitement mettait d'ailleurs les surfaces malades à l'abri de toutes les causes d'irritation et diminuait les chances de résorption purulente. La cicatrisation se fait enfin plus rapidement, grâce au maintien d'une température uniforme et à la légère compression exercée par l'eau sur les tissus malades.

Eau distillée de laurier-cerise dans le traitement des brûlures, par M. Franchino. (Gaz. med. Stati sardi.)

Ces applications sont très-efficaces contre l'élément douleur, et jamais dangereuses, dit M. Franchino. Après avoir nettoyé la partie brûlée et percé les ampoules, on la recouvre d'une compresse trempée dans un mélange de huit parties d'eau distillée de laurier-cerise sur cent parties de sirop de gomme. Cette compresse doit être renouvelée toutes les douze heures ; avant de l'enlever, il faut avoir soin de la mouiller avec de l'eau froide, afin de ne pas enlever l'épiderme ou de ne pas déchirer les bourgeons charnus.

Brûlures produites par l'explosion de la chaudière du Roland (24 septembre 1858), par M. Lalluyeaux d'Ormay. (Gazette médicale, p. 26.)

Récit de l'accident et remarques sur plusieurs cas de brûlures par la vapeur d'eau.

Emploi du curare dans le traitement du tétanos, par M. L. Vella. (Académie des sciences, 29 août.)

Un soldat, blessé à la jambe par une balle, fut pris d'accidents tétaniques formidables, avec roideur complète de tous les membres et menace imminente de suffocation. Les antispasmodiques avaient été successivement essayés et tous avaient échoué. Le malade allait succomber comme les autres blessés qui avaient présenté les mêmes symptômes, quand M. Vella eut l'idée de recourir au curare. La plaie fut débridée et arrosée avec une solution de 0,08 de curare dans 40 grammes d'eau. Trois quarts d'heure après ce pansement, les accidents avaient disparu, et le malade put s'asseoir sur son lit. Mais les accidents reparurent peu de temps après, en commençant par la jambe blessée ; on renouvela le pansement, et une demi-heure ou trois quarts d'heure ne s'étaient pas écoulés, que tout était rentré dans l'ordre.

Ces alternatives se montrèrent les jours suivants ; on combattit les symptômes tétaniques à l'aide du même moyen, et afin de rendre l'absorption plus rapide, on dénuda une assez grande surface de la jambe au moyen de vésicatoires. Le douzième jour, le malade était guéri du tétanos, et il sortit bientôt de l'hôpital pour rentrer en France.

Tétanos traumatique traité sans succès par le curare, par M. Manec. (Académie des sciences, 12 et 19 septembre.)

Il s'agit d'un homme qui avait reçu un coup de timon de voiture qui avait fracturé l'omoplate droite et occasionné une chute suivie de la fracture de l'avant-bras du même côté. Le tétanos survenu dans la soirée, le lendemain de l'accident, était complet. Le troisième jour dans la matinée, on administra le curare en l'instillant, dissous dans l'eau, dans de petites incisions de la peau. Depuis deux heures quarante-cinq minutes jusqu'à huit heures, on employa ainsi 27 centigrammes de curare ; mais toute cette quantité n'a pas été absorbée, il faut compter au moins 8 à 10 centigrammes de perte. Pendant toute la durée du traitement, on n'a pu constater aucune amélioration, et le malade est mort trente heures après l'invasion du tétanos. Cet échec ne pouvait être attribué à une altération du curare employé, des expériences faites sur des animaux ayant prouvé qu'il possédait toute sa puissance.

Emploi du curare dans le tétanos, par M. Brodie. (Académie des sciences, 10 octobre.)

L'auteur rappelle des expériences qu'il a faites avec succès pour rappeler à la vie, à l'aide de la respiration artificielle, des animaux empoisonnés par le curare, et d'autres tentatives faites par le professeur Sewell pour guérir le tétanos par le curare chez des chevaux, dont pas une n'a réussi. « Il est évident, ajoute M. Brodie, qu'on ne peut attacher une grande valeur à une ou deux guérisons survenues à la suite de ce traitement, puisque sur des sujets atteints de tétanos il y en a un nombre, à la vérité assez petit, qui en échappent, quel qu'ait été le traitement employé. »

Traitement du tétanos par le curare, par M. Gintrac. (Académie des sciences, 21 novembre.)

M. H. Gintrac (de Bordeaux) communique la relation d'un nouveau cas de *tétanos traité sans succès par le curare,* tétanos survenu chez un jeune homme de dix-huit ans, plusieurs jours après la cicatrisation complète d'une plaie du pied droit. Le cu-

rare fut administré à partir du quatrième jour, 20 octobre, après que les sangsues, l'extrait thébaïque et le chloroforme, eurent échoué. Les muscles des extrémités supérieures étaient alors seuls libres; ceux des extrémités inférieures étaient encore peu affectés, mais le trismus et l'opisthotonos étaient très-prononcés. Du 20 au 22, on injecta successivement dans le tissu cellulaire sous-cutané 8, 12 et 18 centigrammes de curare en solution. En outre, le 20 et le 21, le malade prit à l'intérieur une potion contenant 10 centigrammes de curare. — Cette médication n'ayant produit aucun effet sensible sous le double rapport physiologique et thérapeutique, M Gintrac expérimenta son curare sur des animaux; 10 centigrammes, injectés sous la peau d'un lapin, déterminèrent la mort de l'animal au bout de cinq minutes. Chez un autre animal, 5 centigrammes introduits de la même manière ne tuèrent qu'après un quart d'heure. Chez un troisième, la même dose de 5 centigrammes ne produisit pas d'effet toxique. — La lenteur de l'action du poison dans la deuxième expérience, son innocuité dans la troisième, durent faire craindre que le curare n'ait subi quelque altération. M. Gintrac se procura alors du curare nouveau, toxique chez les lapins à la dose de 5 centigrammes en quatre minutes. Du 24 au 26 octobre, on injecta successivement 5, 15 et 20 centigrammes de ce curare; mais le tétanos continua à s'aggraver et entraîna la mort du malade, le 27 octobre, après dix jours de durée.

Action du curare dans le traitement du tétanos.
(Société de chirurgie, 5, 12, 19 et 26 octobre.)

M. Chassaignac communique une observation, dans laquelle le curare, administré à l'intérieur et appliqué sur la plaie, semble avoir fait cesser des accidents tétaniques. — A la suite de cette communication, il y a eu une discussion, à laquelle plusieurs membres ont pris part, soit pour éclaircir certains détails du fait actuel, soit pour rappeler différents points de l'histoire du curare (expériences de MM. Reynoso, Cl. Bernard, Martin-Magron, etc.).

Tétanos traité par le curare, par M. Follin. (Société de chirurgie, 9 novembre.)

Insuccès complet; les symptômes étaient très-violents et la maladie a eu une marche très-rapide.

Action simultanée du curare et de la noix vomique,
par MM. Martin-Magron et Buisson. (Gazette médicale, p. 623.)

Voir l'*Annuaire*, t. III, p. 59.

Traitement du tétanos par le curare, par M. Thibeaud.
(Gazette hebdomadaire, p. 649.)

L'auteur, dans une courte note, donne des raisons en faveur de l'emploi du curare contre le tétanos.

Emploi du curare dans le traitement du tétanos, par M. Am. Forget.
(Union médicale, t. IV, p. 161.)

L'auteur, après avoir rappelé les travaux publiés récemment, cite deux observations anciennes de tétanos chez des animaux; le curare, dans ces cas, a fait cesser les convulsions, mais il n'a pas empêché les animaux de mourir. De même, chez l'homme, le curare pourrait avoir de l'influence sur les contractions, sans guérir la maladie elle-même.

Tétanos; son siége et son traitement, par M. Grimaud (d'Angers).
(Académie des sciences, 5 septembre.)

Traitement du tétanos, par M. Forget (de Strasbourg).
(Gazette médicale, p. 670.)

Une observation de tétanos traité par l'opium et le chloroforme; mort prompte.

Prodromes tétaniques enrayés par le traitement chirurgical, par M. Lespiau. (Gazette médicale, p. 577.)

Plaie contuse de l'index gauche intéressant le tendon de l'extenseur commun et le rameau interne de la branche antérieure du nerf radial; inflammation consécutive de l'aponévrose dorsale du métacarpe; accidents nerveux enrayés par la section du filet nerveux contusionné; trente et un jours de traitement. — Guérison.

Convulsions tétaniques, par M. Anderson.
(Gazette médicale, p. 190.)

Cet article contient sur ce sujet des observations sur : 1° le camphre dans les convulsions tétaniques, par M. Perry ; 2° le trismus des nouveau nés, traité avec succès par l'essence de térébenthine, par M. Byrd ; 3° l'heureuse terminaison d'un cas de trismus taumatique.

Tétanos traité par l'extrait de chanvre indien, par M. W. Skues.
(Edinburgh med. Journ., et Gazette médicale, p. 311.)

Tétanos survenu chez une petite fille, après la cicatrisation

d'une plaie. Opisthotonos et trismus très-prononcé ; on ordonna un quart de grain d'extrait alcoolique de chanvre de l'Inde dans de l'eau. Augmentation de la dose à 2 grains par heure, jusqu'à ce que le narcotisme se produise, vin et soupes nourrissantes; les accès diminuent de violence. Au bout de douze jours, on put cesser l'emploi du médicament, et la malade put être considérée comme guérie.

Tétanos traumatique mortel, par M. Roché. (Gazette des hôpitaux, p. 607.)

Un fragment de silex s'était enclavé entre les deux tables du coronal.

Une observation de guérison de tétanos des nouveau-nés, par M. Coutenot. (Annales médicales de la Flandre occidentale, et Gazette médicale, p. 625.)

Tétanos transmissible de l'animal à l'homme, par M. Betoli. (Gazette médicale de Lyon, p. 218.)

Il paraît, d'après l'auteur, que la cause principale, occulte, latente du tétanos consiste en un *ferment animal*, en un miasme *sui generis*, comme dans les maladies contagieuses, ferment qui rencontre peu d'organismes dans lesquels il puisse se reproduire, d'où sa rareté. Une lésion traumatique peut en être la cause prédisposante, mais non la cause effective, parce que le tétanos idiopathique est plus commun que le tétanos traumatique, et parce que, de deux blessés placés dans des conditions pareilles, l'un peut être frappé de tétanos, l'autre y échappant. — Les alcooliques constituent le meilleur traitement.

Sur le diagnostic des tumeurs, par M. Meugy. (Thèses de Paris, n° 174.)

Cancers latents, par M. Laborie. (Société de chirurgie, 3 août.)

M. Laborie a rapporté trois observations, et montré des pièces d'anatomie pathologique qui prouvent, — ce qui est déjà bien connu, — que les cancers peuvent déterminer des accidents mortels, alors même qu'ils ne sont pas arrivés à une période avancée de leur évolution. — 1° Dans la première observation, un homme, se portant habituellement bien, convalescent d'une pleuro-pneumonie, tombe dans le coma, et meurt rapidement. A l'autopsie, on trouve une tumeur cancéreuse du crâne située au

niveau du rocher. — 2° Un homme, traité pour un rétrécissement de l'œsophage, s'était trouvé tellement bien du cathétérisme, pratiqué un petit nombre de fois, que le rétrécissement avait été considéré comme un spasme de l'œsophage. La déglutition se faisait sans difficulté lorsque le malade a succombé à une hématémèse foudroyante. L'autopsie a révélé l'existence d'un cancer de l'œsophage, au niveau de la cinquième vertèbre dorsale dénudée. — 3° Un convalescent de rhumatisme articulaire est aussi mort d'une hématémèse; à l'autopsie, on a trouvé un cancer de l'estomac et plusieurs petites tumeurs cancéreuses dans le foie.

Statistique du cancer, par M. Sibley. (Royal med. and chir. Society, et Gazette médicale de Lyon, p. 169.)

M. Sibley a fait le dépouillement de 519 faits, dont 172 avec autopsie ; 103 cas appartiennent aux hommes et 416 aux femmes. Il figure dans ce tableau 191 cancers du sein et 156 de l'utérus. Parmi les femmes atteintes de cancer, 85 sur 100 étaient mariées. — La durée de la vie, à partir du moment où l'on s'était aperçu de la maladie, a été en moyenne de 53 mois 2/10 chez les malades opérées pour des cancers du sein, et de 32 2/10 chez celles qui n'ont pas été opérées. L'extirpation du sein assure donc 20 mois environ d'existence aux femmes qui la subissent. L'opération par elle-même est si peu dangereuse que 3 femmes seulement sur 60 ont succombé à ses suites. — D'après M. Birkett, les femmes non opérées vivent 3 ans 1/2 et les femmes opérées, 4 ans 1/2.

Exemples de guérison de tumeurs jugées incurables. (Bulletin de Thérapeutique, t. LVI, p. 241.)

Cancer encéphaloïde du sein. (Bulletin de Thérapeutique, t. LVII, p. 88.)

Ablation. — Récidive. — Chlorure de zinc. — Guérison.

Tumeur cancéreuse guérie spontanément, par M. Cahen. (Union médicale, t. IV, p. 12.)

Tumeur de l'aine ; elle est opérée et on reconnaît que c'est un cancer. — Récidive au bout de 4 ans ; elle avait le volume du poing, lorsque le malade, obligé de faire un voyage en Afrique, vit, après un séjour de 5 semaines à Alger, sa tumeur disparaître sans traitement, sans suppuration, sans gangrène. — On cite à ce propos quelques cas analogues.

Guérison spontanée d'un cancer du sein. (Union médicale, t. IV, p. 325.)

Cancer du sein, qui s'est détaché par gangrène. La plaie s'est cicatrisée ; les ganglions axillaires engorgés sont revenus à l'état normal. La malade est morte 8 ans après de pleurésie ; il n'y avait pas eu de récidive de cancer.

Comment se forment et disparaissent certaines adénites qui simulent le squirrhe ou peuvent dégénérer en squirrhe, par M. Liégey. (Union médicale, t. IV, p. 150.)

L'auteur se propose, dans une note, de montrer l'influence de la perturbation névralgique sur l'accroissement ou la production des adénites. Il rappelle un travail antérieur sur le même sujet.

Tumeurs cancéreuses multiples, par M. P. Duclos. (Moniteur des hôpitaux, p. 426.)

Ces tumeurs existaient dans le foie, au pylore, dans le pancréas, dans les ganglions mésentériques.— Tumeur ayant comprimé le duodénum, les canaux biliaires et la veine cave inférieure. — Diagnostic difficile. — Maladie ayant présenté tous les symptômes de l'étranglement interne ou ceux d'un arrêt au cours des matières.

Cancer des deux mamelles. — Marche lente de la diathèse, par M. Coulon. (Bulletin de la Société anatomique, p. 177.)

Un des deux cancers a mis dix ans à se développer. L'auteur fait observer que si cette malade avait été opérée, on aurait pu attribuer à l'opération une guérison qui n'était que le résultat de la marche lente de la maladie.

Cancer du sein, par M. Coulon. (Bulletin de la Société anatomique, p. 380 ; 1858.)

Cancer du sein chez l'homme. — Récidive, par M. Cooke. (Gazette des hôpitaux, p. 16.)

Cancers multiples. — Cent trente-deux tumeurs chez le même sujet. (Gazette des hôpitaux, p. 166.)

Traitement du cancer, par M. Syme. (Edinburgh medic. Journal.)

M. Syme résume sa pratique et son expérience dans les propositions suivantes : — 1° On doit distinguer le traitement du

cancer en curatif ou en palliatif. — 2° Le traitement curatif ne doit pas être entrepris lorsque, par la situation ou les rapports des parties altérées, il n'est pas possible de les enlever entièrement; lorsque les ganglions lymphatiques sont pris; lorsque la santé générale du malade est profondément altérée. — 3° L'ablation peut se faire par l'instrument tranchant, par les caustiques ou la ligature. — 4° De ces divers moyens, l'instrument tranchant est, d'une manière générale, le meilleur; la ligature est le plus mauvais. — 5° Les caustiques sont utiles surtout lorsque la lésion est superficielle. — 6° Lorsque l'on emploie les caustiques comme moyen curatif, il faut détruire la totalité des parties altérées par une seule application. — 7° Le meilleur mode de traitement palliatif consiste en applications calmantes et en soins donnés à l'état général. — 8° Lorsque l'état local est très-douloureux, on peut quelquefois obtenir un soulagement temporaire par la destruction des produits morbides. — 9° Le meilleur moyen pour obtenir ce résultat, aussi bien que pour le traitement curatif, consiste dans l'application bien faite de l'acide sulfurique concentré.

Tumeur cancéreuse développée dans la partie inférieure du fémur chez un enfant de sept ans. — Amputation, par M. Demarquay. (Société de chirurgie, 27 avril.)

Influence des tumeurs cancéreuses de la poitrine sur la vitalité des poumons, par M. Budd. (Gazette médicale de Lyon, p. 298.)

M. Budd a reconnu dans trois autopsies que, lorsqu'une tumeur cancéreuse se développe d'emblée à la racine du poumon, cet organe devient le siége d'une condensation inflammatoire, qui désorganise son tissu et aboutit à la formation de foyers purulents. L'étendue et la rapidité de ces désordres sont en rapport avec le volume de la tumeur, ou plutôt avec la manière plus ou moins complète dont elle a envahi la racine du poumon. — D'après M. Budd, la maladie du viscère n'est due qu'à ce que le cancer détruit en totalité ou en partie les nerfs qu'il reçoit par sa base. Il compare cet effet à l'inflammatiom destructive de l'œil, que produit la section de la cinquième paire en dedans du crâne.

Tumeur cancéreuse du médiastin. — Obstruction de la veine cave supérieure, par M. Murchison. (Gazette hebdomadaire, p. 493.)

Cancer encéphaloïde primitif des poumons, généralisé dans le foie, la rate et les reins, par M. Lancereaux. (Bulletin de la Société anatomique, p. 515; 1858.)

Cancer de l'os malaire. — Résection. — Guérison, par M. Demarquay. (Union médicale, t. II, p. 394.)

Tumeur de l'épiploon (cancer ou tubercule), par M. Fournier. (Bulletin de la Société anatomique, p. 447; 1858.)

Tumeur carcinomateuse de la base du crâne, par M. Maisonneuve. (Gazette des hôpitaux, p 313.)

Ligature extemporanée combinée avec la cautérisation en flèche. — Guérison.

Trois observations de tumeurs cancéreuses du sein ayant acquis un très-grand développement et guéries par l'opération sans récidive après douze, neuf et trois années, par MM. Manec et Laboulbène. (Gazette médicale, p. 323.)

Productions cancéreuses multiples, par M. Millard. (Bulletin de la Société anatomique, p. 11.)

Elles existaient dans l'estomac, le pancréas, le foie, le grand épiploon, le mésentère et la face profonde des parois abdominales.

Diathèse cancéreuse, par M. Campana. (Bulletin de la Société anatomique, p. 118.)

Une observation ; le cœur droit et les plèvres étaient envahis.

Cancer encéphaloïde de l'os iliaque gauche, par M. Sistach. (Société de chirurgie, 23 mars.)

Cette observation est un exemple de tumeur encéphaloïde, hématode, caractérisée par l'extravasation du sang. Au point de vue anatomo-pathologique, ce qu'il y a de curieux, c'est la généralisation du cancer dans le tissu osseux, à l'exclusion de tous les autres tissus.

Cancer des trompes utérines et de la surface interne de l'utérus, par M. Lancereaux. (Bulletin de la Société anatomique, p. 116.)

Cancer de la capsule surrénale gauche, non diagnostiqué pendant la vie. — Peau bronzée. — Ictère essentiel, par M. Ball. (Bulletin de la Société anatomique, p. 423 ; 1858.)

Tumeurs cancéreuses du foie, par M. Tissier. (Bulletin de la Société anatomique, p. 440 ; 1858.)

Cancer généralisé d'emblée dans les muscles, dans le cœur, dans la plèvre, dans les reins, dans l'intestin, coïncidant avec deux kystes de nature inconnue développés dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque. — Oblitération de la veine iléo-fémorale, par M. Second-Féréol. (Bulletin de la Société anatomique, p. 459 ; 1858.)

Rein cancéreux (?), par M. Blondeau.
(Bulletin de la Société anatomique, p. 492 ; 1858.)

Tumeur encéphaloïde de l'extrémité inférieure du fémur,
par M. Schulze. (Bulletin de la Société anatomique, p. 54.)

Amputation de la cuisse ; quelques jours après on trouve de l'albumine dans les urines ; mort. — L'albuminurie a-t-elle été la conséquence de l'opération ?

Cancer encéphaloïde affectant un testicule retenu dans l'abdomen, par M. Johnson. (The Lancet, janvier, et Union médicale, t. II, p. 611.)

Tumeur maligne étendue au nerf récurrent. — Mort par suite de spasme de la glotte. (Med. Times and Gazette, février, et Union médicale, t. II, p. 308.)

Tumeur bénigne du sein (tumeur adénoide) ayant récidivé cinq fois dans la même région sans trouble dans la santé générale. (Gazette des hôpitaux, p. 22.)

De la métastase du cancer, par M. Bourreif.
(Thèses de Strasbourg.)

L'auteur a voulu prouver que les veines sont le plus souvent les canaux conducteurs du cancer lors de la métastase de cette affection; —Que néanmoins nous sommes portés à croire que les vaisseaux lymphatiques transportent, bien plus souvent qu'on ne le pense aujourd'hui, les éléments cancéreux; que ce fait sera établi plus tard quand l'attention se portera davantage sur ces vaisseaux ; — Que si dans les veines ce sont moins les éléments cancéreux eux-mêmes que les propriétés nouvelles du sang vicié qui transportent la maladie, nous pensons que les éléments cancéreux agissent eux-mêmes lors de la métastase par les lymphatiques.

Vaste tumeur encéphaloïde de la région crurale droite. — Ablation, ligature de l'artère et de la veine fémorale. — Mort le sixième jour, par M. Dolbeau. (Moniteur des sciences, p. 329.)

Cancer encéphaloïde du périoste du péroné gauche. — Amputation de la cuisse. — Guérison, par M. Jobert. (Gazette des hôpitaux, p. 233.)

Tumeur abdominale, jugée de nature cancéreuse, guérie par les réfrigérants, par M. Neboux. (Bulletin général de Thérapeutique, t. LVI, p. 325.)

Du traitement par les caustiques de certaines tumeurs sujettes à récidive, par M. Verjon. (Thèses de Paris, nº 35.)

L'emploi du chlorure de zinc pour la destruction de ces tumeurs est indiqué chez les malades atteints d'anémie cancéreuse et predisposés aux hémorrhagies. — D'une manière générale, les suppurations prolongées sont avantageuses pour prévenir les récidives.

Résultats des expériences instituées par M. Vriès dans les salles de M. Velpeau et dans celles de M. Manec, à la Charité, par M. Velpeau. (Académie de médecine, 29 mars.)

Traitement des cancers épithéliaux ou cancroïdes par l'application du cautère actuel, par M. Sédillot. (Académie des sciences, 25 juillet.)

Les chirurgiens ont constaté depuis longtemps la résistance des tissus fibreux à l'envahissement des cancers épithéliaux. — L'art possède les moyens de produire du tissu fibreux accidentel, dense, rétractile, peu vasculaire et réfractaire aux modifications morbides. Ne pouvait-on pas profiter de ce fait pour créer de toute pièce des barrières à l'extension des cancroïdes et même les détruire sur place en retardant ou en prévenant le danger de les voir récidiver? C'est une expérience que M. Sédillot a faite et qui lui a réussi.— Il rapporte sommairement cinq faits qui viennent à l'appui de la méthode qu'il préconise. — Dans tous les cas, le procédé de la guérison a été très-simple, sans perte notable de substance, sans complications possibles, et M. Sédillot croit les résultats plus sûrs qu'à la suite de l'excision. — « Dans le cas où une petite dureté ou bosselure apparaîtrait dans l'épaisseur de la cicatrice, et indiquerait une imminence de récidive, nous n'hésiterions pas, dit-il, à y poser immédiatement une pointe de feu et nous détruirions de nouveau sur place, et avec une parfaite facilité, toute tendance à la réapparition de la maladie. »

Epithélioma des enveloppes de la moelle, par M. Blondet. (Bulletin de la Société anatomique, p. 67.)

La malade a succombé avec les symptômes d'un ramollissement de la moelle.

Tumeur épithéliale de la langue, par M. Delaunay. (Bulletin de la Société anatomique, p. 16.)

Elle a été enlevée au moyen de l'écraseur linéaire; pas d'hémorrhagie.

Epithélioma de la bouche. — Extirpation. — Suture avec les fils d'argent, par M. Wordsworth. (The Lancet, et Union médicale, t. I, p. 142.)

Le malade fumait beaucoup ; après l'extirpation, la réunion a été obtenue très-rapidement.

Tumeur de la commissure labiale gauche, par M. Demarquay. (Bulletin de la Société anatomique, p. 5.)

Cette tumeur, par sa structure, se rapproche entièrement des kéloïdes.

Cancer buccal chez les fumeurs, par M. F. Bouisson. (Gazette médicale, p. 492, 505, etc.)

Dans ce travail, qui a eu un grand retentissement, M. Bouisson veut prouver que l'action de fumer est la cause du plus grand nombre des cancers que l'on rencontre aux lèvres : ces cancers sont plus fréquents depuis qu'on fume davantage; ils se rencontrent surtout sur les personnes âgées; les femmes ne sont presque pas atteintes, parce qu'elles ne fument pas. — L'action de la chaleur peut bien avoir une part dans le développement du mal, mais la cause la plus puissante est l'action du tabac elle-même. — L'usage de la pipe, et surtout du *brûle-gueule*, paraît avoir une plus grande influence que le cigare. — Le *cancer des fumeurs* est de deux espèces : cancroïde et cancer véritable. La première forme est infiniment plus fréquente que la seconde. — C'est la lèvre inférieure qui est affectée la première. — Les opérations que cette affection exige varient suivant son développement : l'incision en V est le plus souvent pratiquée.— Ne pas fumer! tel est le moyen prophylactique, nécessaire aussi pour éviter les récidives.

Cancer des lèvres. — Influence du tabac sur son développement, par M. Fleury (de Clermont). (Gazette médicale, p. 546.)

L'auteur a observé un grand nombre de cancroïdes des lèvres dans les montagnes du Puy-de-Dôme et du Cantal, où l'usage du tabac est presque inconnu.

Cancer de la langue. — Ecrasement linéaire, par M. Chassaignac. (L'Art dentaire, p. 274.)

Cancer épithélial développé sur la cicatrice d'une brûlure du bras. — Désarticulation de l'épaule, par M. Flower. (The Lancet, mars, et Union médicale, t. IV, p. 46.)

Tumeurs myéloïdes, par M. Broca. (Société de chirurgie, 15 et 22 juin.)

M. Broca a lu un rapport sur une observation de *tumeur myéloïde de la mâchoire inférieure,* envoyée par M. Silbert. Le rapporteur a fait, à ce propos, un excellent exposé de l'état de la science sur cette question. — Les tumeurs myéloïdes sont des tumeurs formées par la multiplication des éléments normaux de la région où elles se développent; au microscope on les trouve composées de plaques larges, minces, à contours irréguliers, déchiquetés, ayant de 3 centièmes à 1 dixième de millimètre; ces plaques ont des noyaux arrondis avec des nucléoles qui deviennent apparents lorsqu'on ajoute de l'acide acétique. Le nombre de ces noyaux est très-variable, depuis quatre ou cinq jusqu'à quarante. La structure micrographique des tumeurs myéloïdes correspond à l'élément découvert par M. Ch. Robin près de la moelle des os chez les enfants nouveau-nés. — A ces caractères histologiques nous pouvons ajouter que ces tumeurs se développent tantôt rapidement, tantôt avec une certaine lenteur; qu'elles ne tendent pas à s'ulcérer, et qu'elles ne sont pas accompagnées d'altérations des ganglions lymphatiques. Occupant constamment le tissu osseux, elles paraissent avoir une prédilection pour le maxillaire inférieur. — Elles semblent se montrer plutôt dans le jeune âge que dans l'âge avancé, ce qui ne doit point nous surprendre, puisque les plaques dont elles procèdent sont d'autant plus nombreuses qu'on est moins éloigné de la naissance. — Enfin, et c'est là un point pratique très-important sur lequel M. Broca a insisté avec raison, les tumeurs myéloïdes n'ont pas de tendance à récidiver; dans les cinq cas irrécusables que possède la science, on n'a pas encore eu à déplorer de récidive, bien que les opérations datent au moins d'une année.

Tumeur myéloïde du péroné. — Amputation. — Tumeurs analogues dans les poumons, par M. Cook. (Union médicale, t. II, p. 610.)

Tumeur cancéreuse de l'extrémité inférieure du fémur. — Amputation de la cuisse, par M. Bricheteau. (Bulletin de la Société anatomique, p. 470; 1858.)

L'examen micrographique a montré que c'était une tumeur myéloïde.

Tumeur osseuse extraite de la région axillaire, par M. Chairou. (Société de chirurgie, 7 décembre.)

Ce corps, du volume d'une aveline, était situé dans l'aisselle, au niveau du bord du grand dorsal. Il fut enlevé et le malade guérit. C'est une tumeur réellement osseuse et non crétacée. M. Chairou croit avoir eu affaire à un ganglion ossifié; M. Richard considère cette tumeur comme une ossification d'un enchondrome des glandes sudoripares.

Tumeurs cartilagineuses des mâchoires (enchondromes), par M. Dolbeau. (Moniteur des hôpitaux, p. 499.)

M. Dolbeau a rassemblé dans ce mémoire un grand nombre d'observations, dont plusieurs sont originales; il les a fait suivre de réflexions sur les particularités de ces tumeurs. On peut en dire autant du mémoire suivant : *Tumeurs cartilagineuses ou enchondromes du bassin*, par M. Dolbeau. (Journal du Progrès, p. 564, etc.)

Essai sur les enchondrum, par M. A. Audé. (Thèses de Paris, nº 137.)

Enchondrome de la région mammaire chez l'homme, par M. Foucher. (Union médicale, t. III, p. 403.)

L'auteur insiste sur les difficultés du diagnostic; ablation de la tumeur; pleurésie purulente; mort.

Enchondrome de l'extrémité supérieure du tibia gauche, par M. Dolbeau. (Gazette des hôpitaux, p. 601.)

Amputation de la cuisse; mort d'infection purulente. On a trouvé, à l'autopsie, un enchondrome non ramolli de l'os coxal. Il y avait donc sur le même individu et dans des points différents deux tumeurs cartilagineuses.

Enchondromes du tissu musculaire, par M. Secourgeon. (Gazette des hôpitaux, p. 558.)

Une observation avec des considérations sur l'enchondrome.

L'auteur résume ainsi son opinion : — L'enchondrome reconnaît plusieurs formes, ou, si l'on aime mieux, plusieurs périodes ; — Il est susceptible de transformations diverses ; — Dans la majorité des cas, et peut-être dans certaines régions qu'on pourrait dire *de prédilection*, il peut rester bénin (transformation osseuse, par exemple); — Dans d'autres, il acquiert des caractères indubitables de malignité (transformation cancéreuse, entre autres) ; — Enfin, on peut l'observer dans toutes les régions du corps, dans tous les tissus de l'organisme.

Des glandes sébacées considérées en anatomie, en physiologie et en pathologie, par M. J. Géraudie. (Thèses de Paris, n° 49.)

La partie consacrée à la pathologie est la plus développée; l'auteur insiste surtout sur les kystes sébacés et leur ablation; après avoir montré que la cautérisation expose aux mêmes accidents que le bistouri, il donne la préférence à ce dernier comme plus expéditif.

Application de l'exciseur parcellaire au diagnostic des tumeurs solides, par M. Blanc. (Montpellier, imprimerie Bœhm; in-8, 89 pages.)

L'auteur fait connaître un trocart particulier, qui, enfoncé dans les tumeurs solides, permet de retirer quelques parcelles de ces tumeurs. Par l'examen micrographique, on arrive ainsi au diagnostic de la nature de la maladie.

Remarques pratiques sur les tumeurs fibro-plastiques, par M. Birkett. (Archives générales de médecine, mars, p. 343.)

Etude sur ces tumeurs comparées aux véritables cancers.

Mélanose généralisée et compliquée de cancer encéphaloïde, par M. Second-Féréol. (Bulletin de la Société anatomique, p. 350 ; 1858.)

Extirpation d'une tumeur ganglionnaire de la région parotidienne, par M. Rieux. (Gazette médicale de Lyon, p. 260.)

Tumeur pédiculée du petit doigt ressemblant à une cerise, par M. Marjolin. (Société de chirurgie, 18 mai.)

Enorme tumeur fibro-graisseuse du cou.— Extirpation. — Guérison, par M. Nélaton. (Journal de médecine et de chirurgie pratiques, juin, et Bulletin de la Société anatomique, p. 489 ; 1858.)

Tumeur fibro-plastique du cou, par M. Letenneur.
(Moniteur des hôpitaux, p. 658.)

Elle fut extirpée avec succès. Récidive sous forme de cancer encéphaloïde; anévrysme diffus par l'ulcération de l'artère dentaire inférieure; ligature de la carotide primitive; hémiplégie du côté opposé; mort par suite du progrès du cancer.

Tumeur fibreuse provenant du follicule dentaire, par M. Robin.
(Académie de médecine, 23 août.)

Cette tumeur offre ceci de particulier, que, développée chez un enfant à l'époque de la deuxième dentition, elle a en quelque sorte dissocié la mâchoire inférieure en autant de portions distinctes qu'il y a de dents molaires. Au point de vue de l'anatomie générale, dit M. Robin, l'intérêt de ce fait consiste en ce que, par suite de la netteté de la structure du tissu morbide, il fournit un exemple très caractéristique de ce point actuellement démontré, que parmi les tumeurs il en est qui forment un groupe à part au point de vue de la texture, en ce que leur constitution intime conserve toujours des rapports manifestes avec celle du tissu au sein duquel elles sont nées. C'est ainsi qu'il s'agit ici d'une tumeur qui, examinée simplement à l'œil nu, serait déterminée comme étant une tumeur fibreuse ordinaire; d'une tumeur qui, étudiée par un anatomiste qui ne connaîtrait point les modifications fœtales successives des tissus du bulbe dentaire et de l'organe de l'émail, serait considérée comme une tumeur fibro-plastique proprement dite, tandis que par la variété de forme étoilée des corps fibro-plastiques qui concourent à la former, par la disposition de ceux-ci comparativement à ce qu'on voit sur le bulbe à l'état fœtal, cette tumeur peut facilement être reconnue comme offrant une texture analogue à celle de ce dernier. Cette analogie de texture, jointe aux dispositions anatomiques extérieures, montre qu'il s'agit là d'une tumeur qui dérive manifestement du tissu du bulbe et du périoste alvéolo-dentaire. — Ce fait montre, en outre, jusqu'à quel point l'hypergénèse de certains tissus peut porter les déformations et l'augmentation de volume de certains organes, et consécutivement la dissociation des organes voisins.

Tumeur fibreuse de la mâchoire inférieure, par M. Forget.
(Société de chirurgie, 24 août.)

Cette tumeur était due au développement pathologique des organes alvéolo-dentaires. — Hypertrophie considérable des éléments fibreux de ces organes. — Hypérostose et séquestration des alvéoles.

Dégénérescence fibreuse et fibro-plastique du calcanéum.
(Moniteur des hôpitaux, p. 141.)

Amputation de la jambe. — Mort. — Tumeurs analogues nombreuses dans les poumons.

Epanchement traumatique de sérosité, par M. Morel-Lavallée.
(Gazette médicale, p. 36.)

Une petite quantité de sérosité s'est épanchée sous la peau de la cuisse décollée à la suite d'une contusion. En plaçant le membre dans la position déclive, l'auteur a pu porter le diagnostic, malgré la petite quantité du liquide.

Hygroma cystique du cou, par M. Giraldès.
(Société de chirurgie, 16, 23 novembre et 21 décembre.)

M. Giraldès a montré une petite fille de quinze jours portant un kyste du cou, qui s'étend depuis l'oreille jusqu'à la région hyoïdienne. — Plusieurs membres de la Société regardent ces kystes comme séreux et proposent des ponctions et des injections iodées. — M. Giraldès est d'avis que c'est un hygroma cystique, tenant à une inclusion fœtale. — L'autopsie a montré plus tard que cette dernière opinion était très-probable, puisque le kyste, situé sous l'aponévrose cervicale, avait des parois épaisses à face interne villeuse et tapissée par de l'épithélium, et qu'il contenait du sang et de la graisse altérés. — M. Broca a communiqué une observation de kyste séreux congénital.

Des kystes séreux du cou, par M. J. Viala.
(Thèses de Paris, nº 40.)

Tumeur hydatique sus-mammaire, par M. Duvivier.
(Gazette des hôpitaux, p. 391.)

Kyste pilicellaire de la région de l'épaule, par M. Gubler.
(Société de chirurgie, 20 juillet, et Gazette médicale, p. 583.)

On ne trouve pas dans cette tumeur des cellules épithéliales proprement dites, on y rencontre dissociés les éléments qui constituent les poils, ce sont des cellules rigides formant des vaisseaux réfringents, et des cellules pigmentaires; aussi M. Gubler pense-t-il qu'au point de vue de la structure, il s'agit d'un kyste pileux, c'est-à-dire constitué par l'accumulation des éléments des poils ; et s'il était permis de créer un nouveau mot,

on pourrait, appelant les éléments *pili-cells*, désigner le kyste sous le nom de *pilicellaire*.

Kyste sébacé contenant un corps solide, par M. J. Bouquet. (Gazette des hôpitaux, p. 382.)

Ce kyste se rapprochait par sa structure de celui que M. Gubler a présenté.

Kyste du petit bassin, par M. Guyon. (Bulletin de la Société anatomique, p. 6.)

Kyste sébacé développé dans une ancienne cicatrice, par M. Tatum. (The Lancet; Union médicale, t. IV, p. 95.)

Une fille portait à la cuisse gauche une large cicatrice résultant d'une plaie qui avait été faite pour extirper une tumeur fibreuse. Sur la partie interne de cette cicatrice, juste à la place occupée par la tumeur fibreuse, il s'était développé depuis quelque temps une nouvelle tumeur; c'était un kyste sébacé; il fut enlevé. La plaie se cicatrisa promptement.

Des affections des glandes sébacées, par M. Gautrelet. (Thèses de Paris, n° 153.)

Remarques cliniques sur les kystes dermoïdes, par M. Lebert. (Archives générales de médecine, p. 231, février.)

Tumeurs cutanées, par M. Verneuil. (Bulletin de la Société anatomique, p. 372; 1858.)

Tumeurs cutanées trés-nombreuses rencontrées sur un cadavre; elles contiennent quelques-uns des éléments de la peau et en outre des fibres musculaires striées et lisses. Il est difficile de préciser la nature de ces tumeurs.

Structure de quelques calculs de la peau, par M. Wilkens. (Archives générales de médecine, p. 239, février.)

Concrétion calcaire dans l'épaisseur du muscle couturier, par M. Guyon. (Bulletin de la Société anatomique, p. 10.)

Trouvée sur un cadavre; elle est enkystée et ne reçoit aucun vaisseau.

Inflammation des bourses muqueuses de la rotule, par M. Linhart. (Gazette médicale, p. 36.)

Kyste séreux anté-rotulien à parois indurées. — Sétons. — Guérison, par M. V. Nivet. (Gazette hebdomadaire, p. 90.)

Traitement des loupes par la cautérisation avec l'acide azotique, par M. Foucher. (Gazette des hôpitaux, p. 26.)

M. Foucher opère de la manière suivante : le tube d'une plume est plongé dans l'acide azotique et porté sur le milieu de la loupe, où il est maintenu pendant quatre ou cinq minutes, en pressant et en imprimant des mouvements de rotation. L'escarre se détache au bout de quelques jours et entraîne avec elle la tumeur avec son kyste. Le but de M. Foucher est d'intéresser la peau seulement, sans ouvrir la tumeur par le caustique.

Observation d'un lipôme ayant subi la fonte putride.— Extirpation du kyste. — Guérison, par M. L. P. Lorut. (Gazette hebdomadaire, p. 105.)

Application de la cautérisation linéaire à l'ablation des lipômes, par M. A. Legrand. (Gazette des hôpitaux, p. 274.)

Nouveau procédé dans l'opération du bec-de-lièvre, par M. Allen-Duke. (L'Art dentaire, p. 317.)

On avive les bords de la peau par une incision cunéiforme, un peu concave, dirigée obliquement d'avant en arrière, et on divise complétement les bords retroussés de la muqueuse. Ensuite on les rapproche l'un de l'autre exactement par une ou plusieurs sutures ; chaque suture est faite au moyen de deux aiguilles courbes qui, enfoncées immédiatement au-dessous de la peau, traversent complétement le reste de l'épaisseur de la lèvre et se nouent intérieurement. Pour pouvoir enlever plus facilement les deux sutures supérieures, on en fait sortir les chefs par la commissure des lèvres, et on les fixe extérieurement par des bandelettes de sparadrap qui concourent en même temps à mieux réunir les bords divisés de la peau.

Du bec-de-lièvre, par M. Boymier. (Thèses de Paris, n° 71.)

Cette thèse se compose de trois parties. La première est consacrée à l'étude des os intermaxillaires chez l'homme : l'existence de ces os est réelle ; la suture intermaxillaire ou incisive des auteurs reste visible à la voûte palatine, jusqu'à un âge très-avancé ; on peut même voir dans ces points une scissure secondaire, qui divise les alvéoles des deux incisives. — La deuxième

partie est consacrée à l'anatomie pathologique. — Dans la troisième, l'auteur étudie l'étiologie et partage les idées de M. Coste.

Bec-de-lièvre double, compliqué de gueule-de-loup, sans tubercule médian, par M. Chassaignac. (Société de chirurgie, 12 et 19 janvier.)

L'auteur demande l'avis de la Société pour un petit malade. Les opinions sur l'époque à laquelle il faut opérer sont différentes.— M. Desormeaux rapporte deux observations d'opérations faites avec succès de très-bonne heure. Il pose en précepte qu'il faut opérer immédiatement après la naissance, ce qui est d'autant plus important qu'il y a en même temps une division du voile du palais. Le malade de M. Chassaignac a été opéré avec succès. (Société de chirurgie, 20 avril.)

Du tatouage des lèvres après les opérations de cheiloplastie, par M. Schuh. (Gazette hebdomadaire, p. 572.)

L'auteur avait fait une lèvre supérieure avec la peau de la joue. Le bord de la lèvre était cutané et non muqueux, il en était résulté un aspect désagréable. M. Schuh a alors appliqué le tatouage ; le bord de la lèvre étant dessiné, il a tatoué avec un faisceau de quelques épingles et une solution de cinabre. La coloration rouge n'a pas changé depuis un an et demi.

Fracture des mâchoires, par M. Morel–Lavallée. (Société de chirurgie, 6 juillet.)

M. Morel a lu un rapport sur plusieurs observations de fractures des mâchoires; il a fait ressortir les avantages du traitement de ces fractures par l'appareil de gutta-percha.

Fracture de la mâchoire inférieure, par M. Foucher. (Bulletin général de Thérapeutique, t. LVI, p. 145.)

Guérison par l'application d'un appareil en gutta-percha.
On trouve dans le même recueil, t. LVII, p. 33, la description de cet appareil avec une nouvelle observation.

Fracture de l'os malaire droit, par M. Robert. (Gazette des hôpitaux, p. 157.)

Guérison avec enfoncement et anésthésie permanente d'une portion de la moitié droite de la face; fracture de la mâchoire inférieure avec paralysie momentanée du nerf dentaire inférieur,

fracture oblique de la partie supérieure de l'humérus droit. — Guérison.

De la réduction des luxations anciennes de la mâchoire inférieure, par M. J. Rouyer. (Progrès, p. 561.)

Cet intéressant mémoire contient plusieurs observations et se résume ainsi :

La réduction des luxations temporo-maxillaires présente déjà des difficultés lorsque l'accident date d'un mois environ. — Cette réduction peut encore être obtenue quatre mois après que la luxation s'est produite. — Pour replacer le condyle dans sa position normale, on devra avoir recours à la deuxième méthode de réduction, — celle qui consiste à abaisser l'apophyse coronoïde et le condyle (premier temps) et à repousser le condyle en arrière et en haut (deuxième temps). — L'instrument de Stromeyer est préférable pour exécuter le premier temps ; on agit régulièrement, et simultanément sur les deux côtés. On devra soumettre les malades aux inhalations anésthésiques pour relâcher les muscles, et pour empêcher la sensation de la douleur.

Kyste de la mâchoire inférieure, par M. Chassaignac. (Société de chirurgie, 18 mai.)

M. Chassaignac a présenté une jeune fille qui portait un kyste osseux volumineux, développé sur la partie latérale droite du maxillaire inférieur. Malgré le volume de ce kyste, M. Chassaignac a pu l'opérer sans faire de section sur les parties molles externes. Il a circonscrit, par une incision dans la bouche, la partie saillante de la tumeur, et à l'aide d'une spatule il a achevé le décollement des tissus jusqu'à la limite inférieure. Dès lors, il a pu, à l'aide de la scie, faire sauter la paroi osseuse du kyste. La malade est actuellement parfaitement guérie, et ne présente à l'extérieur aucune trace de l'opération qu'elle a subie.

Mémoire sur la désarticulation totale de la mâchoire inférieure, par M. Maisonneuve. (Paris, Labé ; in-4, 24 pages et 3 planches.)

Reproduction du mémoire envoyé à l'Académie des sciences ; nous en avons donné l'analyse.

Contracture de la mâchoire à la suite d'une stomatite ulcéreuse, par M. Guersant. (Société de chirurgie, 26 octobre, 30 novembre.)

Enfant de 8 à 9 ans ; traitement par le calomel pour une méningite : stomatite avec des ulcérations ; depuis cette époque (2 ans), des brides unissent la joue aux bords alvéolaires du côté

droit : l'enfant parle et mange sans grande difficulté. — Des tentatives pour écarter les mâchoires sont restées sans effet. — M. Guersant a fait la section des brides, et le malade peut ouvrir la bouche assez largement. M. Verneuil a fait à ce sujet l'analyse des mémoires de MM. Rijiosi et Esmarch, qui ont proposé de créer une pseudarthrose pratiquée dans la continuité du maxillaire inférieur dans les cas d'ankylose cicatricielle de cet os.

Gangrène de la bouche, par M. Thouvenet. (Moniteur des hôpitaux, p. 509.)

Cicatrices vicieuses. — Os maxillaires étroitement rapprochés. — Incision des cicatrices et moyens mécaniques d'écartement des mâchoires, employés sans succès. — Autoplastie. — Lambeau emprunté à la région sous-maxillaire et fixé dans la bouche. — Guérison.

Gangrène syphilitique de la bouche. — Asphyxie imminente. — Laryngotomie. — Guérison, par M. de Méric. (Union médicale, t. III, p. 333.)

Résection des maxillaires supérieurs, par M. Parise. (Académie de médecine, 19 avril.)

L'auteur présente à l'Académie un malade auquel il a enlevé, il y a deux ans, la presque totalité des os maxillaires supérieurs. — C'est par la rencontre de la lèvre inférieure et du nez que les labiales s'articulent chez ce malade. Malgré l'absence de voûte palatine, la déglutition des liquides s'opère sans qu'ils refluent dans les fosses nasales.

Extraction des dents. — Inconvénients de la clef de Garengeot. — Supériorité des nouveaux daviers anglais, par M. Bygrave. (Gazette des hôpitaux, p. 346.)

Des dents verruqueuses, par M. Salter. (Archives générales de médecine, p. 233, février.)

Accidents développés par le développement des dents de sagesse, par M. Robert. (Gazette des hôpitaux, p. 29.)

Leçon sur les accidents inflammatoires qui se développent dans certains cas où les dents de sagesse sortent avec peine. La gorge peut être enflammée; la gencive peut s'abcéder; on rencontre des fistules dentaires. Dans ce dernier cas, il faut enlever la dent.

Des anomalies dentaires et de leur influence sur la production des maladies des os maxillaires, par M. A. Forget. (Paris, V. Masson; in-4, 64 pages et 9 planches.)

L'auteur cite une observation qui peut être résumée de la manière suivante : — Union originelle des follicules des deux dernières dents molaires; puis, soit qu'un travail phlegmasique ou toute autre cause l'ait déterminée, fusion si intime entre eux qu'ils n'en ont plus fait qu'un seul. — Excès de vitalité des divers éléments organiques de ces follicules produisant, sous la même influence morbide, l'hypersécrétion des substances éburnées et osseuses. — Enfin diffusion et agrégation irrégulière de celles-ci constituant la production pathologique, laquelle, à son tour, par son développement et le volume qu'elle a acquis, a eu pour effet de produire au centre de la mâchoire une excavation ou kyste, en même temps qu'elle y entretenait une inflammation permanente. — Il rapproche de ce fait des observations analogues et montre que certaines tumeurs des maxillaires tiennent à des anomalies dentaires.

Tumeur fibreuse (épulie) opérée deux fois. — Troisième opération. — Succès, par M. Denucé. (L'Art dentaire, p. 216.)

Symptôme peu connu d'une variété de grenouillette, par M. Maugin. (Gazette des hôpitaux, p. 543.)

L'auteur cite des exemples pour prouver que certaines variétés de grenouillettes augmentent de volume pendant les repas.

Fistule salivaire du canal de Sténon, par M. Gosselin. (Société de chirurgie, 7 septembre.)

Cette fistule était consécutive à l'ablation d'une tumeur. M. Gosselin, après avoir perforé la joue de dehors en dedans, introduisit dans la bouche les deux bouts d'un fil de fer, à une certaine distance l'un de l'autre, et au moyen d'un serre-nœud il sectionna, dans l'espace de trois quarts d'heure à une heure, le pont de tissu qui les séparait. L'orifice cutané se rétrécit de plus en plus, et la salive finit par ne plus couler sur la joue. M. Gosselin introduisit tous les matins la sonde cannelée dans la plaie pour rompre les adhérences qui tendaient à se faire entre les bourgeons charnus. Vingt jours après l'opération, la plaie extérieure était complétement cicatrisée, et le malade est retourné chez lui. Depuis, la salive n'a plus coulé sur la joue.

Fistule salivaire, par M. Chassaignac. (Société de chirurgie.)

Jeune homme qui, à la suite de nombreux abcès strumeux développés dans la région parotidienne, avait été atteint d'une fistule salivaire d'où s'écoulait une quantité considérable de salive. Pendant plusieurs mois, introduction de tubes flexibles ; la cicatrisation de la fistule est complète.

Plaie d'arme à feu à la joue, par M. Borel.
(Gazette des hôpitaux, p. 18.)

Lésion du canal de Sténon. — Fistule salivaire. — Guérison par l'oblitération de ce conduit.

Calcul du conduit de Warthon, par M. Arrachart.
(Gazette des hôpitaux, p. 470.)

Il avait le volume d'une graine d'orange, il était blanchâtre ; il avait à sa surface des rainures qui permettent de supposer que la salive arrivait encore dans la bouche. — Incision et ablation. — La glande sous-maxillaire, très-volumineuse avant l'opération, est revenue à l'état normal; le malade a guéri.

Calcul salivaire dans l'épaisseur de la glande sublinguale droite. — Cathétérisme du canal de Sténon sur un malade atteint de parotide. (Moniteur des sciences, p. 460.)

Hydropisie du sinus maxillaire, par M. Greene.
(The Lancet, mai, et Journal du Progrès, p. 632.)

Tumeur de la face, qui avait été diagnostiquée *cancer*. La mâchoire supérieure du côté gauche offrait une tuméfaction accompagnée de douleurs assez vives ; à la partie inférieure, l'os aminci faisait entendre, quand on le pressait, un craquement. Du côté de la bouche, la paroi osseuse était également distendue. Plusieurs dents étaient découronnées. M. Greene fit l'extraction de la première molaire, et porta un trocart par le fond de l'alvéole jusque dans la cavité du sinus. Il s'écoula de 25 à 30 grammes d'un liquide limpide, jaunâtre, d'un goût amer et qui fut reconnu au microscope être de la cholestérine, comme cela a déjà été constaté dans plusieurs autres cas de cette espèce. — Le soulagement fut instantané. Grâce à quelques injections d'eau tiède, la perforation fut maintenue béante pendant un temps suffisant. Au bout d'une semaine, tout écoulement de liquide avait cessé; et la guérison est maintenant complète. L'opérée ne sait à quelle cause attribuer sa maladie.

Tumeur du sinus maxillaire, par M. Gros. (Bulletin de la Société anatomique, p. 5.)

C'est une tumeur qui paraît être de nature fibro-plastique ; elle a été enlevée ; la malade a guéri de l'opération.

Prothèse dentaire, par M. Préterre. (Société de chirurgie, 2 mars.)

M. Préterre a présenté deux appareils nouveaux construits dans le but d'obturer une portion de la voûte palatine.

Perforation et divisions de la voûte palatine, par M. Baizeau. — Rapport par M. Larrey. (Union médicale, t. I, p. 197, 227.)

A propos du mémoire de M. Baizeau, M. Larrey entre dans des détails sur les divisions du voile du palais. Le procédé de l'auteur est ainsi décrit : « Je taille sur les côtés de la fistule deux lambeaux longitudinaux parallèles à son grand axe, et qui, détachés de la voûte par leur face profonde, se continuent en avant et en arrière avec les parties molles. J'ai ainsi deux voiles, en forme de pont, mobiles latéralement, et pouvant facilement se réunir par leurs bords internes, de telle façon qu'il n'y a ni torsion, ni renversement, ni tiraillement des lambeaux, qui, d'autre part, sont largement alimentés par les vaisseaux palatins, se dirigeant d'arrière en avant. En outre, afin de ne pas augmenter le nombre des cas d'insuccès, et de ne pas employer des tissus peu propres à l'agglutination, je ne touche pas aux bords de la fistule, mais je porte à 1 ou 2 millimètres en dehors de l'ouverture l'incision qui doit limiter la lèvre interne des lambeaux. » — Quant à M. Larrey, il résume ainsi son opinion : L'autoplastie de la voûte palatine n'offre de chances de succès que bien rarement, si d'abord le malade s'y prête volontiers, si ensuite l'ouverture est peu étendue et régulière, à condition encore d'un mode opératoire bien choisi et d'une main chirurgicale assez exercée. Il est nécessaire enfin que la guérison soit confirmée longtemps après l'opération. Le procédé de M. Baizeau semble d'ailleurs préférable à d'autres. — La cautérisation, modifiée par le procédé de M. J. Cloquet, serait indiquée spécialement dans les cas de division simultanée, mais étroite, du voile du palais, avec l'avantage d'être à la portée de tous les chirurgiens. On pourrait aussi, comme je l'ai proposé, recourir secondairement à ce genre de cautérisation, pour compléter la réunion imparfaite à la suite de l'autoplastie. — L'application d'un obturateur reste, en définitive, la ressource la plus commune, la plus facile et la plus sûre, quoique ce soit

seulement un moyen palliatif contre la plupart des larges perforations de la voûte palatine. Les obturateurs en bois me semblent préférables à d'autres.

Guérison d'une division congénitale du voile du palais par la cautérisation, par M. Benoit. (Académie des sciences, 29 août.)

Division du voile du palais. — Staphyloraphie et staphyloplastie. — Guérison, par M. Labbé. (Journal du Progrès, p. 89.)

Opération de staphyloraphie. — Emploi des fils métalliques et du bromure de potassium, par M. P. Tillaux. (Journal du Progrès, p. 119.)

Staphyloraphie pratiquée avec des fils d'argent, par M. Demarquay. (Union médicale, t. II, p. 573.)

Divisions congéniales de la voûte palatine et du voile du palais, par M. E. Legendre. (Gazette médicale, p. 300.)

Des dissections ont montré à M. Legendre que les divisions congéniales du voile du palais et de la voûte palatine se font toujours sur un des côtés de cette région ; elles peuvent être latérales simples ou bilatérales.

Rupture traumatique du voile du palais. — Astringents peu actifs. — Guérison, par M. V. Nivet. (Gazette hebdomadaire, p. 91.)

Résection partielle de l'os maxillaire supérieur, pour l'extraction des polypes volumineux des fosses nasales, du pharynx et du sinus maxillaire, par M. Vallet. (Gazette des hôpitaux, p. 149.)

L'idée de l'auteur est que, dans bien des cas, la résection partielle du maxillaire supérieur peut être suffisante pour se frayer une voie sûre et large qui permettra d'atteindre les polypes. — Deux observations où cette méthode a donné de bons résultats.

Observations de polypes naso-pharyngiens, par M. Bosia. (Moniteur des hôpitaux, p. 489.)

Nouveau procédé pour l'extirpation des polypes naso-pharyngiens, par M. Maisonneuve. (Académie des sciences, 22 août.)

L'auteur développe dans cette note les dangers et les inconvénients de la résection du maxillaire supérieur et de la division

complète du voile du palais. Il pense qu'il est des circonstances nombreuses où une opération beaucoup plus simple et beaucoup plus innocente, qu'il désigne sous le nom de *boutonnière palatine*, pourrait parfaitement suffire pour remplir toutes les indications. En bornant l'incision du voile du palais à une simple boutonnière, qui de la voûte osseuse se prolonge plus ou moins prés de la base de la luette, on a, suivant lui, une ouverture très-suffisante pour saisir les tumeurs polypeuses, et pour les entraîner en tout ou en partie dans l'intérieur de la bouche, où il devient alors facile d'en faire l'excision ou la ligature. La grande élasticité des tissus qui forment le pourtour de la boutonnière se prête à toutes les exigences. — D'un autre côté, quand l'extirpation de la tumeur est terminée, le voile du palais, dont le bord inférieur est resté intact, a, par ce seul fait, une tendance naturelle à reprendre sa forme, et c'est à peine si, pour clore l'ouverture artificielle, il est besoin de pratiquer un point de suture. — M. Maisonneuve a pratiqué cette opération, avec succès et facilité, dans un cas dont il donne l'observation détaillée.

Polype naso-pharyngien extirpé avec succès par la boutonnière palatine, par M. Maisonneuve. (Académie des sciences, 5 décembre.)

M. Maisonneuve présente une note sur un cas de *polype naso-pharyngien extirpé avec succès par la boutonnière palatine*, au moyen de la ligature extemporanée et de la cautérisation en flèche. L'auteur, en communiquant ce fait, a surtout pour but de prouver que la boutonnière palatine convient aussi bien à l'extirpation des polypes naso-pharyngiens les plus graves qu'à ceux de petite dimension. En effet, dans le cas actuel, le polype était des plus considérables et des plus compliqués, puisque, par des embranchements multiples, il remplissait le pharynx, envahissait les fosses nasales, déprimait la voûte palatine, contournait en arrière et en dehors le maxillaire supérieur, pénétrait dans la fosse zygomatique, et de là se prolongeait, d'une part, dans l'épaisseur des joues, d'autre part, dans la fosse temporale.

Polype fibreux naso-pharyngien, par M. Letenneur. (Gazette des hôpitaux, p. 2.)

Ablation par fragmentation au moyen d'une pince à écrasement. — Guérison.

Polype fibreux naso-pharyngien, par M. Foucher. (Gazette hebdomadaire, p. 748.)

Excision partielle au moyen de la boutonnière palatine.— Cautérisation. — Infection purulente. — Mort.

Polype fibreux naso-pharyngien, par M. Arrachart. (Gazette des hôpitaux, p. 394.)

Abcès rétro-pharyngiens idiopathiques, par M. E. Valin. (Moniteur des sciences, p. 105.)

Calcul du pharynx, par M. R. de Cusmao. (Gazette hebdomadaire, p. 508.)

Une observation de calcul du poids de 1 décigramme. Il était sur la paroi postérieure du pharynx. Il y avait un peu d'inflammation. — On l'a enlevé avec des pinces.

Rétrécissement de l'œsophage, par M. Bauchet. (Société médicale de la Seine, 1er avril; Gazette hebdomadaire, p. 286.)

M. Bauchet a observé un cas de rétrécissement de l'œsophage dû probablement à un cancroïde ; au début, il ne put introduire une sonde œsophagienne de gomme, et il ne parvint qu'avec peine à faire pénétrer un cathéter à tige d'acier terminé par une olive d'ivoire de 3 millimètres. Le huitième jour, après quelques difficultés pour retirer le cathéter, il survint une hématémèse, puis des hémoptysies, avec aphonie et menaces de suffocations imminentes. Le malade ne pouvait avaler que des bouillons. M. Bauchet pense que la trachée s'était ulcérée, et qu'il y avait communication entre ce conduit et l'œsophage. Après trente-cinq jours, comme l'état du malade ne s'améliorait pas, il fut décidé que l'on pratiquerait la gastrotomie. Avant de s'y résoudre, M. Bauchet fit une dernière tentative de cathétérisme ; il franchit l'obstacle avec le premier cathéter, puis avec la sonde œsophagienne ; le malade aujourd'hui introduit lui-même la sonde et peut prendre des aliments.

Rétrécissement de l'œsophage, par M. Laborde. (Gazette médicale, p. 392.)

Il existait chez un sujet de soixante-dix ans.— Mort subitement d'apoplexie pulmonaire.

Cancer de l'œsophage ayant amené la compression de la trachée, par M. Coulon. (Bulletin de la Société anatomique, p. 107.)

Gastrotomie chez un malade atteint de cancer de l'œsophage. — Mort, par M. Habershon. (Gazette hebdomadaire, p. 477.)

Morceau de bœuf bouilli arrêté dans la partie inférieure du pharynx, par M. Millard. (Bulletin de la Société anatomique, p. 185.)

Vieillard paraplégique; il n'avait plus de dents et avalait les aliments avant de les avoir fragmentés. Pendant son repas, il est mort subitement. A l'autopsie, on a trouvé derrière l'épiglotte, et comme enclavé dans la partie inférieure du pharynx et dans l'ouverture du larynx, un morceau de bœuf. Il aurait pu être facilement extrait, si un médecin avait été témoin de l'accident.

Œsophagotomie, par M. Castresana. (La Espana medica, et Gazette médicale de Lyon, p. 409.)

Un condamné à mort avait avalé une grosse pierre dans le but de se suicider. Cette pierre s'arrêta dans l'œsophage, où sa présence déterminait des accidents. — M. Castresana dut ouvrir l'œsophage; il fit une incision de 7 à 8 centimètres de longueur, parallèle au bord antérieur du sterno-mastoïdien gauche, à 3 centimètres de distance de l'extrémité interne de la clavicule. Après avoir divisé le fascia sous-cutané, l'aponévrose cervicale, et mis à découvert le muscle satellite des gros vaisseaux, il rejeta ceux-ci et celui-là en dehors, sépara, avec le manche de la sonde cannelée, la trame aponévrotique vasculo-cellulaire, et reconnut alors, du bout du doigt, la présence du corps étranger qui était situé au niveau du cartilage cricoïde. Il inclina, enfin, l'œsophage dans le sens longitudinal, et rencontra la pierre qui nécessita, pour être extraite, l'emploi de pinces très-fortes, tant elle était solidement fixée dans le conduit alimentaire. — Hémorrhagie très-abondante au huitième jour, et mort déterminée par cette hémorrhagie.

Râtelier postiche tombé dans la gorge. — Extraction, par M. Foucaud de L'Espagnery. (Gazette des hôpitaux, p. 122.)

Gastrotomie faite à l'hypocondre droit pour extraire un corps étranger, par M. Gomez. (El Siglo medico, 31 juillet.)

Des pièces de monnaie engagées dans l'œsophage, par M. Chapplain. (Gazette des hôpitaux, p. 91.)

L'auteur a retiré une pièce de cinq francs au moyen d'un crochet. Il cite des observations empruntées à différents auteurs.

Rupture de l'œsophage, par M. Meyer. (Archives générales de médecine, juillet, p. 102.)

Ulcération à la suite d'un rétrécissement. Rupture dans les efforts de vomissement.

De la hernie étranglée. — Diagnostic et traitement, par M. Morel. (Thèses de Paris, n° 220.)

Du débridement des hernies, par M. Boyer. (Société de médecine pratique, 5 mai.)

L'auteur présente une sonde et des ciseaux, disposés de manière à éviter la lésion des artères et de l'intestin pendant l'opération.

Traitement de l'étranglement herniaire par le taxis et en particulier par le taxis forcé et prolongé, par M. Gosselin. (Académie de médecine, 25 octobre.)

Sur 85 malades atteints de hernie étranglée auxquels il a été appelé à donner des soins, M. Gosselin en a traité lui-même 35 par le taxis et le plus souvent par le taxis forcé, prolongé de vingt à soixante minutes. Sur 19 d'entre eux, la hernie était inguinale; sur 13 elle était crurale; sur les 3 autres elle était ombilicale. — Il a soumis la plupart des malades à l'anésthésie au moyen du chloroforme. Il pense que le sommeil anésthésique est utile, en ce qu'il permet au chirurgien d'employer plus de force, et de n'être pas arrêté malgré lui par les souffrances et les cris du patient. — Il a d'ailleurs toujours commencé par des pressions douces et modérées; puis, lorsque la réduction n'était pas obtenue au bout de cinq ou six minutes, il a augmenté la force des pressions, en les exécutant avec les deux mains, se penchant au-dessus du malade pour ajouter une partie du poids de son corps; souvent, enfin, faisant placer au-dessus de ses mains celles d'un aide vigoureux, de manière à faire ce qu'il appelle le taxis à quatre mains. — Il a continué ces manœuvres pendant vingt, trente, quarante et cinquante minutes, et ne s'est arrêté que quand la hernie s'est trouvée réduite, ou quand la résistance était restée telle au bout de ce temps que l'étranglement lui a paru invincible par ce moyen. — L'auteur appelle ensuite l'attention sur un phénomène qui l'a frappé dans plusieurs de ses observations, c'est l'apparence de la réduction. La hernie avait assez diminué de volume pour faire croire que l'intestin au moins avait été réduit, et que l'épiploon seul restait dans le sac herniaire. — Viennent ensuite les apparences de non-réduction, qui trompent moins souvent les observateurs exercés. — Enfin, M. Gosselin, en comparant ses observations à celles qui ont été publiées par M. Malgaigne comme des exemples d'inflammation du sac herniaire sans étranglement, affirme qu'il ne s'agissait ni de simples épiplocèles ni de ces grosses hernies inguinales ou ombilicales qui, en effet, ne réclament pas habituellement l'intervention de la chirurgie active,

mais qu'il s'agissait de hernies intestinales ou intestino-épiploïques positivement étranglées, et dans lesquelles la constriction, consécutive ou non à l'inflammation, était la lésion capitale, celle contre laquelle il importait de lutter. — L'auteur termine son mémoire par les conclusions suivantes : — Il résulte donc de tout ce qui précède que le taxis forcé est moins dangereux et plus utile que ne l'ont cru beaucoup de chirurgiens, et qu'il peut être tenté sans crainte dans les soixante-dix premières heures sur les hernies crurales et ombilicales. — J'ajouterai que, pour moi, le traitement de l'étranglement herniaire est essentiellement chirurgical et doit consister dans l'emploi immédiat du taxis, lorsqu'il est possible, ou dans l'opération, lorsque la prudence ne permet plus le taxis. Je n'admets la temporisation que dans les cas où le diagnostic n'étant pas suffisant, on a besoin, pour s'éclairer, de donner un purgatif. — Quant aux autres moyens conseillés par les auteurs avant d'en venir à l'opération, bains, sangsues, lavements de tabac, glace sur la tumeur, belladone, café, etc., je ne les emploie que dans les cas encore trop fréquents où les malades ne veulent consentir ni aux manœuvres du taxis ni à celles de l'instrument tranchant. Lorsqu'on me laisse la liberté d'agir, je les rejette absolument; et si l'on m'objecte qu'ils ont réussi dans certains cas, je réponds que le taxis bien fait aurait réussi de même, et qu'en outre ce dernier réussirait dans un bon nombre de cas où les moyens précédents échouent.

Hernie inguinale gauche étranglée, par M. Tillaux. (Journal du Progrès, p. 477.)

Leçon de M. Gosselin sur une hernie étranglée depuis moins de vingt-quatre heures et traitée avec succès par le taxis forcé pendant vingt-huit minutes.

Observation de hernie étranglée réduite par le massage du ventre, par M. Laforgue. (Gazette des hôpitaux, p. 336.)

Masse albumineuse dans une hernie étranglée, par M. Barwell. (The Lancet, 11 juillet, et Gazette médicale de Lyon, p. 348.)

Chez une femme de soixante-quatre ans, qu'il opérait d'une hernie crurale volumineuse, M. Barwell rencontra, sous un sac très-distendu, une masse molle, demi-transparente, d'un rouge clair, ayant la forme exacte de la tumeur herniaire. En l'examinant attentivement, il reconnut que cette masse était constituée par une matière gélatineuse, plus dense à l'extérieur qu'à l'intérieur. Une petite anse intestinale étranglée fut trouvée au-dessous. — Une parcelle de cette masse, examinée au microscope,

présenta une portion homogène, une autre finement granulée, contenant çà et là quelques cellules qui paraissaient être épithéliales, en même temps qu'il en existait une ou deux allongées et semblant en voie de développement en fibres-cellules. La chaleur rendit cette matière opaque, l'acide nitrique produisit le même effet ; la potasse en opéra la dissolution, et un excès d'acide nitrique précipita de cette solution des flocons blancs. — C'était de l'albumine dans un état particulier. Comme le malade avait une ascite (quoique de trop faible volume pour avoir été diagnostiquée avant l'opération), on peut expliquer la présence de cette matière albumineuse de deux façons : ou le liquide de l'abdomen a simplement laissé déposer ses parties solides dans le point le plus déclive qui s'est trouvé être le sac herniaire ; ou le sac s'étant enflammé a donné lieu à une sécrétion plus épaisse, en même temps que la partie séreuse se résorbait ; de telle sorte que, toute communication ayant été interceptée entre l'abdomen et le sac, la totalité du liquide que ce dernier contenait a été suffisamment concentrée pour subir la gélatinification.

Epiplocèle ancienne. — Hydrocèle aiguë du sac, par M. Robert. (Gazette des hôpitaux, p. 126.)

Réduction lente et graduelle de la tumeur ; guérison radicale par l'emploi d'un bandage à pelote d'abord concave, puis plane, puis enfin convexe.

Hernie traumatique de l'épiploon, guérie sans opération, par M. L. Dutemps. (Gazette des hôpitaux, p. 375.)

Plaie du péritoine ; issue de l'épiploon ; pas d'inflammation du péritoine ; la hernie de l'épiploon a disparu peu à peu, par les seuls efforts de la nature.

Hernie traumatique de l'épiploon, guérie sans opération, par M. Cocheteux. (Gazette des hôpitaux, p. 423.)

Etranglement intestinal, intra-abdominal, par une bride épiploïque. — Mort, par M. Worms. (Gazette hebdomadaire, p. 372.)

Etranglement interne coïncidant avec une hernie oblique externe, par M. Devalz. (Gazette des hôpitaux, p. 441.)

L'étranglement siégeait sur une anse intestinale supérieure à celle qui constituait la hernie ; cette dernière n'offrait ni tension ni rougeur et n'était pas douloureuse. — Mort du malade.

Hernie épigastrique. — Réduction. — Guérison (service de M. Robert). (Moniteur des hôpitaux, p. 205.)

Double hernie inguinale, par M. Gérin-Roze. (Bulletin de la Société anatomique, p. 417 ; 1858.)

Hématocèle; hydrocèle avec épaississement de la tunique vaginale.

Hernie inguinale directe étranglée chez une femme, par M. Apleton. (British med. Journ., février, et Union médicale, t. III, p. 599.)

Le diagnostic offrait des difficultés, parce que la femme ne savait pas qu'elle avait une hernie et qu'il y avait en outre dans la région inguinale un ganglion enflammé, situé au-devant de la hernie. — Opération ; ouverture du sac après l'extirpation du ganglion; débridement ; guérison.

Hernie inguinale étranglée chez une femme, par M. Adams. (The Lancet ; Union médicale, t. III, p. 332.)

Il existait des adhérences entre le sac et l'intestin, qui n'était pas gangrené, après des symptômes d'étranglement qui duraient depuis plus de quinze jours.

Occlusion intestinale concomitante d'une hernie inguinale droite, par M. J. Roux. (Gazette des hôpitaux, p. 127.)

Il est probable que l'occlusion intestinale a eu pour cause, dans ce cas, la perte du *ressort de l'intestin ;* c'est une nouvelle cause d'occlusion, non encore signalée. Le malade est mort.

Prétendue hernie inguinale.—Erreur de diagnostic, par M. Heyfelder. (Union médicale, t. IV, p. 63.)

Un homme avait tous les signes d'un étranglement herniaire ; il portait une tumeur dans la région inguinale. — Mort de péritonite, avant toute opération. — Autopsie : étranglement interne ; perforation intestinale ; la tumeur de l'aine n'était autre chose qu'une hydrocèle enkystée du cordon.

Hernie étranglée, par M. Manec. (Gazette des hôpitaux, p. 462.)

Opération. — Présence de l'appendice du cœcum dans la hernie. — Mort.

Hernie crurale étranglée. — Entéro-épiplocèle, par M. Manec. (Gazette des hôpitaux, p. 525.)

Opération. — Le lendemain, présence d'une nouvelle portion

d'épiploon entre les bords de la plaie. — Réunion des bords de la plaie par la suture entortillée. — Guérison.

Hernie crurale, par M. Manec. (Gazette des hôpitaux, p. 523.)

Etranglement récent. — Opération. — Guérison.

Quelques variétés rares de la hernie crurale, par E.-Q. Legendre. (Gazette médicale de Paris, p. 137, 152, etc.)

Dans ce long et intéressant mémoire, M. Legendre donne plusieurs observations de hernies crurales qu'il a observées sur le cadavre. Il en étudie quatre variétés : — 1° Dans la première, la hernie, au moment où elle traverse l'anneau crural, se porte directement en dedans et en arrière des vaisseaux fémoraux, et repose sur le muscle pectiné dont l'aponévrose lui forme quelquefois une enveloppe (hernie crurale pectinéale ou hernie de J. Cloquet). — 2° Dans la deuxième variété, la hernie, quoique placée en dedans des vaisseaux fémoraux, en est cependant à une assez grande distance : elle traverse le ligament de Gimbernat (hernie de Laugier). — 3° Dans la troisième variété, la hernie traverse plusieurs ouvertures du *fascia crebriformis* et présente alors plusieurs lobes distincts qui lui donnent un aspect caractéristique (hernie d'Hesselbach). — 4° La hernie, après être sortie au-dessous du ligament de Fallope, après avoir traversé le *fascia crebriformis*, envoie un ou plusieurs polongements à travers le *fascia superficialis* (hernie d'A. Cooper).

Hernie crurale à travers le ligament de Gimbernat, par M. Legendre. (Bulletin de la Société anatomique, p. 25.)

Note sur cette variété de hernie ; on trouve l'indication des cas connus dans la science.

Hernie crurale remarquable, par M. Delaunay. (Gazette des hôpitaux, p. 425.)

Symptômes d'étranglement pendant deux jours ; réduction de la hernie ; réapparition des symptômes, qui avaient disparu pendant deux jours. — Opération.

Hernie crurale étranglée par le collet du sac, par M. Paul. (Bulletin de la Société anatomique, p. 70.)

Hernie crurale étranglée. — Opération le dixième jour, par M. Millard. (Bulletin de la Société anatomique, p. 21.)

Le malade a succombé à une péritonite généralisée ; l'intestin était gangrené et perforé au niveau de l'étranglement.

Hernie ombilicale contenant l'utérus chargé du produit de la conception, par M. A. Léotaud. (Gazette des hôpitaux, p. 419.)

L'accouchement s'est fait sans accidents ; l'enfant était à terme.

De la hernie chez les enfants, par M. Neucourt. (Gazette des hôpitaux, p. 574.)

Quelques remarques sur l'étranglement de ces hernies (une observation), sur leur diagnostic (hydrocèle enkystée du cordon), et leur traitement par une pelote, les astringents et le spica.

Une observation de hernie étranglée réduite par le procédé Seutin, par M. Demagny. (Gazette médicale de Paris, p. 610.)

Procédé pour dilater le rétrécissement de l'intestin, suite de hernie étranglée, par M. Palasciano. (Gazette médicale de Lyon, p. 119.)

La herniotomie ayant été exécutée, et l'intestin ayant été doucement tiré en bas de manière à mettre en évidence le col de la hernie, si l'opérateur trouve un rétrécissement permanent fibreux, il retient l'anse au dehors. Alors, du doigt indicateur ou du petit doigt il repousse, invagine la portion supérieure de l'intestin dans celle qui est le siége du resserrement ; puis il opère la dilatation de cette dernière partie, soit en distendant avec les doigts de l'autre main l'intestin sur le doigt qui est engainé dans l'intérieur de sa cavité, soit en écartant l'un de l'autre deux doigts introduits dans cette cavité. On termine en retirant de l'anse rétrécie l'anse qui y avait été invaginée pour la dilater, et l'on réduit la hernie dans l'abdomen.

Observation de hernie obturatrice, par M. Puttali. (British med. Journ., et Gazette médicale, p. 76.)

Emploi du café dans la hernie étranglée, par M. Sammut. (British med. Journ., et Gazette médicale, p. 106.)

Réduction facile d'une hernie, après avoir administré une infusion très-forte de café.

Réduction d'une hernie étranglée par l'administration de l'infusion de café, par M. Chalut. (Gazette des hôpitaux, p. 231 et 243.)

Une observation.

Nouveau cas de guérison de la hernie étranglée par l'infusion de café, par M. Couturier. (Gazette des hôpitaux, p. 324.)

Action du café dans les cas de hernie étranglée, par M. Ronzier-Joly. (Bulletin général de Thérapeutique, t. LVI, p. 94.)

L'auteur rapporte deux observations de hernies étranglées, dans lesquelles le café paraît avoir eu une efficacité réelle. En même temps qu'il donnait du café à l'intérieur, M. Ronzier faisait *loco dolenti* des frictions belladonées. Il a observé, à la suite de l'administration du café, un flux dyssentérique qui n'a pas eu de gravité.

De la hernie sous-pubienne, par M. Rapp. (Thèses de Strasbourg.)

Etudes critiques sur quelques opérations applicables aux occlusions intestinales, par M. A. Langin. (Thèses de Paris, nº 114.)

M. Langin étudie dans trois chapitres différents : 1° le taxis abdominal ; 2° les injections forcées ; 3° la méthode mixte. Il termine par des conclusions relatives aux indications de la gastrotomie, de l'entérotomie ou de la ponction de l'intestin. — I. Les trois méthodes précédentes (taxis abdominal, injections forcées, méthode mixte) pourront, sans doute, soustraire à l'opération un certain nombre de malades ; mais elles ne peuvent, en aucune manière, être considérées comme des méthodes rivales de l'opération. — II. L'opération est toujours contre-indiquée, lorsque l'indication du taxis rationnel se présente clairement ; elle peut devenir nécessaire, lorsque le taxis rationnel a échoué. — III. La méthode des injections forcées et la méthode mixte sont contre-indiquées, lorsque l'opération est indiquée et réciproquement. — IV. L'indication du taxis rationnel exclut l'indication des deux autres méthodes.

Des divers traitements de l'occlusion intestinale accidentelle cisrectale, par M. Pelous. (Thèses de Strasbourg.)

Invasion brusque de douleurs abdominales. — Symptômes à marche foudroyante. — Gangrène d'une portion d'intestin, par M. Arnould. (Gazette des hôpitaux, p. 186.)

Opération de l'anus artificiel, par M. Rochard. — Rapport de M. Robert. (Académie de médecine, 25 janvier.)

Ce travail repose sur cinq observations de sujets opérés aussitôt

après la naissance, et parvenus à un âge plus ou moins avancé. Elles sont toutes relatives à des opérations faites par la méthode de Littre; l'une date de 1793 et fut pratiquée par Duret avec un succès qui eut un grand retentissement. Chez tous les sujets que l'on a pu étudier, il s'est produit à la longue un renversement du bout inférieur de l'intestin, qui n'a d'ailleurs donné lieu à aucun accident.

M. *Rochard* soutient que, lorsque le rectum manque dans une certaine étendue, et qu'il n'est pas possible de sentir la fluctuation dans la région ano-périnéale, on doit rejeter toute tentative par cette voie et avoir recours d'emblée à l'établissement d'un anus artificiel à l'aine. M. Rochard donne la préférence au procédé de Littre sur celui de Callisen, parce que la région iliaque présente moins de parties à diviser que la région lombaire. M. Robert ajoute que, pour recueillir les matières, l'aine offre plus de commodité que la région lombaire.

M. Rochard termine son mémoire par cette phrase, à laquelle M. Robert s'associe volontiers : « Lorsque la chirurgie n'hésite pas à sauver les jours d'un malade au prix des plus hideuses mutilations, je ne comprendrais pas qu'en présence d'une mort certaine, elle reculât devant une opération qui ne laisse après elle qu'une infirmité compatible avec tous les devoirs, avec toutes les jouissances de la vie, et qu'il est extrêmement facile de dissimuler. »

Une discussion s'engage à l'occasion de ce rapport.

M. *Malgaigne* pense que le procédé de Callisen doit être préféré, parce qu'il ménage le péritoine, et parce que l'anus ouvert dans la région lombaire est le plus commode, surtout pour les personnes qui désirent se marier; le siége de l'anus à l'aine doit d'ailleurs prédisposer les malades aux hernies.

M. *Robert* était complétement de l'avis de M. Malgaigne autrefois ; mais il n'a pas hésité à sacrifier son opinion, qui ne reposait que sur des considérations théoriques, en présence des succès obtenus par la méthode Littre, et en l'absence de toute réussite par la méthode de Callisen. La lésion du péritoine n'a d'ailleurs pas la gravité que lui attribue M. Malgaigne; elle a lieu dans toutes les opérations de hernies. Un anus placé dans l'aine est plus facile à soigner, et permet aux malades de ne mettre personne dans la confidence de leur infirmité. Enfin, quant aux hernies, il n'y en a aucun cas dans les observations de M. Rochard.

M. Robert ajoute que c'est une faute de ne pas opérer de suite à l'aine et de perdre un temps précieux à la recherche du rectum; ces tâtonnements épuisent les enfants, comme l'avait remarqué Duret, qui en avait ainsi perdu 22.

M. *Velpeau* croit que ce précepte, érigé en principe, serait dangereux ; il voudrait que l'on fît tout pour rétablir l'anus nor-

mal, et que, dans le cas où cela est impossible, on ait recours au procédé de Littre ; on pourrait alors porter dans le bout inférieur un instrument qui permettrait de faire saillir le cul-de-sac rectal et de rétablir les voies normales.

M. *Robert* répète que les tâtonnements, auxquels la pratique conseillée par M. Velpeau conduit toujours, sont toujours mortels pour des enfants; en supposant même qu'on trouve le cul-de-sac rectal, que deviendraient les matières fécales, obligées de traverser le petit bassin ?

M. *Depaul* a fait deux fois l'opération de l'anus dans sa position normale; le rectum était éloigné de plus de 2 centimètres de la peau ; M. Depaul a suivi ces deux opérés pendant deux mois, et leurs fonctions se faisaient bien. L'opinion de M. Robert est donc au moins trop absolue.

M. *Huguier* fait remarquer que l'opération de Littre, pour réussir, ne doit pas être pratiquée à gauche, comme on le croit, mais à droite, attendu que, chez les enfants, jusqu'à l'âge de deux ans, l'*S* iliaque s'infléchit brusquement au niveau de l'angle sacro-vertébral et se trouve ainsi à droite avant de plonger dans le petit bassin. M. Huguier conseille, après avoir ouvert l'intestin dans l'aine droite, de faire saillir avec la canule d'un trocart le cul-de-sac rectal, et s'il n'est pas trop éloigné de la peau, de le forcer au moyen du poinçon du trocart réintroduit dans sa canule. En opérant d'emblée au périnée, on s'expose à ne pas reconnaître le rectum, parce que le méconium ne donne pas la sensation de fluctuation.

Dans la séance suivante, M. Huguier a fait passer sous les yeux de l'Académie des figures dessinées d'après nature, et qui représentent la disposition de l'*S* iliaque chez les enfants nouveau-nés. Il ouvre ensuite le cadavre d'un enfant de trois ou quatre jours et montre que cette portion du gros intestin est bien située, comme il l'a dit, dans la fosse iliaque droite. — De cette disposition anatomique, il tire les conclusions pratiques suivantes : — 1° Quand on voudra, chez un enfant imperforé, rétablir le cours des matières fécales par les voies naturelles, il faudra, après avoir ouvert le périnée, chercher l'ampoule rectale dans le bassin, non pas en arrière et à gauche, comme on a coutume de le faire, mais à droite et un peu en avant. — 2° Lorsqu'on sera forcé de recourir à l'entérotomie par la méthode de Littre, il vaudra mieux opérer à droite qu'à gauche, car on sera toujours sûr ainsi de tomber aisément sur l'*S* iliaque. — Tout en rendant justice à l'excellence de la méthode de Littre, M. Huguier pense que, dans le cas où l'atrésie rectale ne dépasse pas 1/2 ou 2 centimètres 1/2, il y aurait de grands avantages à lui substituer un procédé mixte, consistant à ouvrir la paroi abdominale dans la région iliaque droite, à ponctionner simplement l'*S* iliaque à l'aide

d'un trocart, dont on conduirait ensuite la canule de haut en bas dans la direction de l'intestin, jusqu'à sa terminaison. Alors on presserait de dedans en dehors sur la région du périnée, et on inciserait au niveau de la saillie formée par la pointe de l'instrument. Enfin, on fermerait la petite perforation de l'intestin, au moyen d'un point de suture. — C'est là un procédé nouveau qui aurait l'avantage de mettre à l'abri contre les dangers de l'épanchement des matières intestinales dans le péritoine. M. Huguier est d'avis qu'il serait de beaucoup préférable à l'opération de l'anus contre nature, dans le cas où l'oblitération du rectum ne s'étendrait pas à une grande hauteur dans le bassin. — Revenant sur les avantages de la grastrotomie inguinale droite, M. Huguier rapporte l'observation d'une malade de dix-neuf à vingt ans, qui mourut dans son service, des suites d'une gastrotomie inguinale gauche ; l'autopsie ayant montré qu'il y avait encore deux mètres et demi de gros intestin au-dessous du point incisé, l'orateur estime que la malade eût pu être sauvée si l'opération avait été faite du côté droit. D'où il conclut que, même chez l'adulte, il serait souvent avantageux de pratiquer la gastrotomie dans la région iliaque droite.

M. *Robert* fait remarquer que Duret, qui avait opéré à gauche, avait cependant ouvert le côlon descendant ; M. Robert lui-même, dans un cas qui lui est particulier, a obtenu le même résultat en opérant de la même manière. Il croit en conséquence qu'il sera toujours possible de faire l'opération à gauche chez des nouveau-nés.

Chez les adultes, il vaut mieux ouvrir le cœcum dans l'aine droite, en décollant simplement le péritoine ; M. Robert a agi de cette manière chez un malade de M. Legroux, et il a pu ouvrir l'intestin avec la plus grande facilité.

M. *Velpeau* adopterait volontiers pour les nouveau-nés le procédé proposé par M. Huguier, si l'on était toujours sûr de tomber sur l'*S* iliaque. Chez l'adulte, on ignore le plus souvent le siége de l'obstacle au cours des matières ; il est donc plus sûr d'opérer dans l'aine droite. M. Velpeau emploie d'ailleurs depuis longtemps le procédé que vient de decrire M. Robert : il recommande de ne pas trop se presser d'agir dans le cas d'étranglement interne, parce que les guérisons spontanées ne sont pas rares.

M. *Huguier* revient sur les avantages de l'opération telle qu'il a proposé de la faire chez les nouveau-nés ; c'est la seule qui permette d'aller à la recherche de l'ampoule rectale ; elle s'opposerait peut-être, en outre, à la procidence de la muqueuse intestinale, parce que l'*S* iliaque tend à revenir à gauche à mesure que le bassin se développe.

M. *Laugier* regrette que les vues ingénieuses de M. Huguier ne

soient jusqu'à présent que de la chirurgie improvisée. En attendant des faits positifs, M. Laugier préférerait, chez les enfants, opérer comme Littre, ou même, comme le veut M. Huguier, à droite, mais sans chercher à ouvrir un second anus au périnée.

Observation d'anus contre nature, par M. Chapplain.
(Société de chirurgie, 15 juin.)

M. Gosselin a lu un rapport sur cette observation : l'entérotome avait été appliqué sans accidents et la saillie de l'éperon convenablement diminuée ; malgré ces circonstances favorables, l'anus contre nature persistait et laissait passer les matières liquides, tandis que les matières solides suivaient leur cours normal et sortaient par l'anus. M. Chapplain se décida alors à disséquer l'intestin dans toute la périphérie de son adhérence aux parois abdominales, en ayant soin de ne pas pénétrer dans la cavité péritonéale; il adossa ensuite les deux surfaces saignantes qu'il réunit par la suture de M. Jobert (de Lamballe), les suites de cette opération furent très-heureuses; l'intestin d'abord, puis les téguments, se cicatrisèrent et l'anus contre nature fut guéri.

Nouvelle méthode opératoire pour achever la guérison des anus contre nature après l'entérotomie, par M. Laugier. (Académie des sciences, 8 août.)

M. Laugier, dans ce mémoire, montre qu'un organe saillant à travers une large fistule, adhérent à sa lèvre interne dans tout son contour, a été transformé en bouchon inodulaire ferme et épais, et est devenu ainsi l'agent de la guérison, tandis que sa nature muqueuse avant l'opération en faisait une complication de la fistule. Il est donc désormais indispensable de compter au nombre des méthodes aûtoplastiques la transformation inodulaire d'un organe placé dans les mêmes conditions. — Ce mode de guérison devient une ressource précieuse dans le traitement des anus contre nature les plus larges, privés d'infundibulum et même ombilicaux.

Imperforation de l'anus, par M. Choisy.
(Moniteur des sciences, p. 389.)

Imperforation congénitale du rectum, par M. Jacquard.
(Bulletin de la Société anatomique, p. 211.)

Imperforation de l'anus. — Opération. — Guérison, par M. A. Johnson.
(British med. Journal; Union médicale, t. II, p. 257.)

Oblitération congénitale de la fin de l'intestin grêle, par M. Depaul. (Société de chirurgie, 20 juillet.)

M. Depaul a montré l'intestin d'un enfant nouveau-né, sur lequel on voit une oblitération siégeant à l'union de l'intestin grêle avec le gros intestin, au niveau du cœcum. M. Depaul démontre facilement que l'opération de l'anus contre nature, par la méthode de Callisen, aurait été complétement inutile, à cause du siége de l'obstacle ; de plus, cette opération aurait été très-difficile et peut-être même impossible à pratiquer, parce que le côlon est extrêmement petit. M. Depaul, pour toutes ces raisons, donne la préférence à l'opération par la méthode de Littre. Plus d'une fois il a, sans difficulté, découvert et ouvert l'intestin grêle.

Absence congénitale du côlon descendant, par M. Scuppert. (Archives générales de médecine, p. 342, mars.)

Imperforation de l'anus coïncidant avec une fistule recto-vésicale congénitale, par M. Baillet. (Gazette des hôpitaux, p. 95.)

Imperforation de l'anus. — Abouchement du rectum dans le vagin, par M. Lane. (British med. Journ.; Union médicale, t. II, p. 258.)

Rétrécissement du côlon gauche. — Incision de l'intestin derrière le péritoine, par M. Thompson. (The Lancet, et Gazette médicale de Lyon, p. 272.)

L'opération par la méthode de Callisen a réussi ; mais la malade a succombé aux mauvaises conditions dans lesquelles elle se trouvait. — Le côlon était fixé contre la colonne vertébrale par des bandes de lymphe plastique, qui avaient intercepté le passage des matières fécales.

Cas remarquable de fistule péritonéo-cutanée, par M. Bronson. (Gazette hebdomadaire, p. 732.)

Une femme avait une ascite ; il se forma au-dessus de l'ombilic une escarre, qui se détacha. La sérosité s'échappa par la plaie ; depuis un an, la malade est dans le même état ; la sérosité sort tous les jours ; l'air entre dans le péritoine. Pas de péritonite.

Diagnostic de la fistule gastro-colique, par M. C. Murchison. (Gazette médicale, p. 108.)

Ces fistules arrivent à la suite de l'ulcère simple et plus sou-

vent à la suite du cancer de l'estomac. Les matières de l'estomac passent dans le côlon, et celles du côlon dans l'estomac ; aussi les signes pathognomoniques sont la lienterie et les vomissements de matières fécales.

Observations et recherches relatives aux fistules gastro-cutanées, par M. C. Murchison. (Archives générales de médecine, juin, p. 726.)

Plaie pénétrante de l'abdomen avec issue de l'épiploon. — Guérison, par M. L. Leclerc. (Gazette médicale de l'Algérie, p. 25, janvier.)

Réflexions sur une plaie pénétrante de la poitrine et de l'abdomen avec hernie de l'épiploon. — Etranglement interne, par M. G. Derobe. (Thèses de Paris, nº 214.)

Abcès stercoral produit par une arête de poisson, par M. Barker. (British med. Journ.; Union médicale, t. III, p. 599.)

Une vieille femme avait une suppuration à la fesse droite, près de l'anus. En mangeant une sole, elle avait senti une arête qui se fixa dans sa gorge et fut quelque temps immobile, sans que l'on pût la faire ni monter ni descendre. Enfin, elle se détacha et descendit dans l'estomac; quinze jours après, la peau du pourtour de l'anus est le siége d'un érysipèle; on ne sent pas de fluctuation distincte, mais le doigt reconnaît manifestement la présence d'un corps étranger situé profondément dans les tissus. Une incision profonde fut donc pratiquée sur le côté du rectum, et le bistouri vint heurter contre un corps dur; c'était une arête, longue de deux pouces. La plaie se cicatrisa promptement, et il ne se forma pas de fistule.

Abcès iliaque. — Sortie de fèces par la plaie. — Guérison rapide, par M. Lawrence. (Gazette medicale, p. 89.)

Tumeur épiploïque ancienne, par M. Fergusson. (The Lancet, et Union médicale, t. I, p. 143.)

Tumeur graisseuse dans l'aine, existant depuis dix-huit ans, présentant le volume d'une tête de fœtus ; son accroissement a été très-rapide dans ces derniers temps. Extirpation. — C'était une portion d'épiploon chargée de graisse ; elle occupait le sac d'une ancienne hernie crurale. Guérison.

Tumeur complexe de l'abdomen, par M. Puech. (Gazette médicale, p. 298.)

Phthisie pulmonaire; kyste de l'ovaire gauche; prolapsus

utérin ; inflammation et abcès des trompes ; épanchement du pus dans une cavité accidentelle communiquant au dehors par une fistule à l'hypogastre; perforation spontanée de cette cavité accidentelle ; épanchement de pus dans le péritoine ; mort.

Corps étrangers métalliques dans les voies digestives. (Union médicale de la Gironde, octobre 1858.)

Plusieurs exemples de corps étrangers métalliques (sous, liards), qui ont séjourné plus ou moins longtemps dans le tube digestif, sans déterminer d'accidents. Les premiers jours, il y a des vomissements, des douleurs d'estomac; ces phénomènes disparaissent rapidement.

Corps étrangers ayant parcouru le tube digestif sans déterminer d'accidents graves, par M. Bardinet. (Gazette des hôpitaux, p. 111.)

Ingestion d'une grosse et longue épingle dans les organes digestifs, sortie par les voies urinaires, par M. Roudant. (Moniteur des sciences, p. 380.)

Noyaux de cerises expulsés après un séjour de sept ans dans l'intestin. (Moniteur des sciences, p. 422.)

Nouveau corps étranger du rectum, par M. Gouriet. (Gazette des hôpitaux, p. 611.)

Hémorrhagie anale comme signe des polypes chez les enfants, par M. Bryant. (The Lancet.)

Ces hémorrhagies ne doivent pas être attribuées à la présence d'hémorrhoïdes, car cette dernière affection est excessivement rare chez les enfants. M. Bryant avertit les praticiens d'être attentifs à la signification de ce signe. Le saignement est parfois continuel, le linge est constamment taché ; alors, le polype ou fait saillie au dehors, ou est implanté sur la muqueuse, au niveau du sphincter. Si, au contraire, le sang ne sort qu'après la défécation, cette circonstance dénote que le polype est situé plus haut. Mais, en général, son point d'implantation ne dépasse pas 5 centimètres de profondeur. — Les polypes étant presque toujours pédiculés, on réussit parfois à les arracher rien qu'à l'aide du doigt qui a été introduit pour procéder à l'examen. Le procédé que M. Bryant a employé avec le plus de succès est l'extraction par la torsion exécutée au moyen d'une pince.

Chute du rectum. — Guérison spontanée par sphacèle de la partie herniée. (Bulletin général de Thérapeutique, t. LVII, p. 523.)

Chute du rectum d'un volume considérable, par M. Laugier. (Gazette des hôpitaux, p. 265.)

Contre ces affections, M. Laugier pratique l'excision des plis rayonnés de l'anus, méthode qui, en pareil cas, ne lui a jamais fait défaut.

Polype du rectum, par M. Depaul. (Société de chirurgie, 21 septembre.)

Ce polype existait depuis dix-huit mois chez une femme de soixante ans ; cette tumeur sortait chaque fois que la malade allait à la garde-robe et occasionnait des pertes de sang, d'où il est résulté une légère anémie. Enlèvement au moyen de l'écraseur linéaire : toutes les vingt secondes on serrait la chaîne d'un degré ; l'opération a duré en tout quatre à cinq minutes. La tumeur est un polype muqueux, constitué par une hypertrophie de certains éléments de la membrane muqueuse.

Des polypes du rectum, par M. A. Chargelaigue. (Thèses de Paris, n° 138.)

Des polypes du rectum, par M. Gayral. (Thèses de Paris, n° 150.)

Du rétrécissement du rectum, par M. J. Gros. (Thèses de Montpellier, n° 55.)

Traitement des fistules à l'anus sans opération, par M. Reybard. (Gazette médicale de Lyon, p. 44.)

Convaincu que ces lésions sont entretenues par les matières fécales et les gaz intestinaux retenus dans le rectum et par leur introduction dans la plaie, surtout pendant la défécation, M. Reybard a pensé pouvoir les guérir sans opération, en tenant ces corps éloignés de la plaie fistuleuse. — Ce nouveau traitement se compose de deux temps : 1° de l'obturation de l'intestin ; 2° de l'avivement de la fistule. — Pour empêcher les fèces et les gaz intestinaux d'arriver dans la partie du rectum où se trouve la fistule, il a imaginé un obturateur qui se compose d'une tige creuse, espèce de petite canule, d'une éponge et d'un sac de baudruche. — On pratique l'avivement par la cautérisation avec le nitrate d'argent.

Traitement de la fistule à l'anus par les flèches caustiques de gutta-percha au chlorure de zinc, par MM. Salmon et Maunoury. (Gazette médicale de Paris, p. 7.)

MM. Salmon et Maunoury, appliquant aux fistules à l'anus leur méthode opératoire par les caustiques qu'ils emploient de préférence au bistouri, dans la plupart des opérations chirurgicales, ne doutent pas que le procédé auquel ils ont eu recours n'ait de grands avantages sur la méthode par incision. Leur procédé consiste à introduire dans toute la longueur du trajet fistuleux une flèche de gutta-percha au chlorure de zinc, dont le contact avec les tissus détermine la réaction et l'adhésion des parois de la fistule. Quatre malades ainsi opérés par MM. Salmon et Maunoury ont été radicalement guéris de leur affection. La flèche caustique était laissée en place un temps variable, suivant les cas et l'ancienneté de la fistule ; chez un malade c'était pendant six heures, chez l'autre pendant deux heures, chez les deux autres de cinq minutes à une heure. Une seule cautérisation fut nécessaire pour obtenir la guérison dans un cas ; pour les autres il en fallut pratiquer plusieurs à quelques jours d'intervalle. Le pansement ne faisait éprouver aucune appréhension aux malades ; ils retiraient eux-mêmes le caustique, après un laps de temps déterminé par l'opérateur ; ils ont subi le traitement en entier sans interrompre leurs occupations. Aucun accident n'est survenu. La préparation du caustique dont MM. Salmon et Maunoury se sont servis est des plus simples. Il suffit de faire fondre la gutta-percha dans une capsule de porcelaine ; lorsqu'elle est en fusion, on projette dessus la quantité déterminée du chlorure de zinc que l'on veut incorporer, et on opère le mélange avec une spatule ; on obtient ainsi une pâte parfaitement malléable, à laquelle on peut donner la forme la mieux appropriée à l'usage qu'on en veut faire.

Nouvel instrument et nouveau procédé pour la cure des sinus périanaux et des fistules à l'anus, par M. Puglioli. (Bullett. delle sc. med. di Bologna ; Gazette hebdomadaire, p. 572.)

L'instrument que M. Puglioli a imaginé pour cet objet rappelle, par sa forme et son but, l'entérotome de Dupuytren. — La pince de M. Puglioli, longue de près de 25 centimètres, se compose de deux branches : une mâle, plus ténue, terminée en forme de stylet ; l'autre femelle, concave, terminée par un petit godet ressemblant à un dé à coudre. Toutes deux s'articulent vers le milieu, et peuvent, comme l'entérotome, être rapprochées jusqu'au contact et jusqu'à une pression plus ou moins forte, par une vis placée à leur extrémité libre. Toutes deux offrent

une fente longitudinale propre à laisser courir l'instrument tranchant. — Soit maintenant une fistule anale à orifice interne profond (car c'est surtout pour vaincre les difficultés qu'offrent celles-ci que l'instrument a été construit) ; l'opérateur introduit la branche mâle dans le trajet anormal. Il coupe alors la partie inférieure des tissus pour se donner du jour. Puis il fait pénétrer la branche femelle par l'anus ; les articule, les serre ; constate, en temporisant, si le malade, après l'opération, pourra bien supporter la pression nécessaire. Ceci fait, il incise avec le bistouri la partie supérieure de la cloison qui était restée intacte, et laisse ensuite la pince en place pendant vingt-quatre ou trente-six heures.

Nouveau spéculum et pince pour opérer la fistule à l'anus. (Gazette des hôpitaux, p. 332.)

Présentation par M. Mattei d'un spéculum quadrivalve et de la pince de M. Puglioli, dont la description est dans l'article précédent.

Efficacité des injections iodées dans le traitement des fistules à l'anus, par M. Ossian Henri fils. (Union médicale, t. IV, p. 409.)

L'auteur fait connaître le procédé suivant : après avoir constaté que le trajet fistuleux communique avec le tube intestinal, et, de plus, la hauteur à laquelle se montre l'orifice interne, M. Bonnafont introduit dans le rectum une mèche de charpie assez grosse, et la fait pénétrer dans l'intestin jusqu'à 2 centimètres environ au-dessus de l'orifice interne de la fistule. Lorsqu'on pousse l'injection, la mèche s'imprègne du liquide iodifère, l'absorbe au fur et à mesure, et l'empêche ainsi de se répandre dans la cavité intestinale. De cette façon, on diminue d'autant les effets irritants du liquide iodé en contact avec la muqueuse rectale.

Rétrécissement de l'anus à la suite d'une opération d'hémorrhoïdes par l'écrasement linéaire, par M. Follin. (Société de chirurgie, 19 et 27 janvier.)

M. Follin, en lisant une observation que le titre fait assez connaître, a suscité une discussion dont nous empruntons le résumé à une lecture de M. Verneuil. — Dans la majorité des cas, l'ablation complète circulaire ne donne naissance à aucun rétrécissement. — Parfois on observe dans les premiers temps qui suivent l'opération un rétrécissement valvulaire, c'est-à-dire peu étendu, facile à dilater, sans tendance à se perpétuer ou à réci-

diver, susceptible de se guérir spontanément au bout de quelques mois. — Enfin l'opération est suivie de la formation d'un rétrécissement inodulaire, épais d'un centimètre au plus, dur, inextensible, rebelle à la dilatation et même à l'incision, assez étroit pour n'admettre qu'avec peine le doigt et même la sonde de femme. — Pour obvier à ces inconvénients, il faut se laisser guider par les considérations suivantes : — La réunion si éminemment favorable des deux circonférences de la plaie sera d'autant plus facile que la longueur du diamètre vertical de la plaie sera moins grande ; si donc on se contente de réséquer la partie la plus saillante du bourrelet, la muqueuse non sacrifiée sera assez ample pour combler sans peine la perte de substance et pour recouvrir la plaie tubuleuse. Le précepte de n'opérer que sur la muqueuse est donc bon. — En opérant d'un seul coup sur le bourrelet, les deux circonférences pourront s'écarter considérablement, et pendant qu'elles tendront à se rapprocher, la réaction concentrique gagnera du terrain, prendra l'avance et produira le rétrécissement. Il est donc sage d'opérer en plusieurs temps ; car les tuniques de la portion non réséquée empêcheront cet écartement et permettront à la rétraction verticale de s'opérer sur la plaie latérale circonscrite. — La peau de la marge de l'anus est très-élastique, toute solution de continuité un peu profonde tend dans cette région à s'entr'ouvrir et à devenir béante ; si l'on comprend dans l'ablation une zone circulaire, l'écartement susdit sera très-augmenté, et la muqueuse ne pouvant s'abaisser pour aller rejoindre la peau qui ne va pas à sa rencontre, il se formera nécessairement un anneau inodulaire, un rétrécissement de niveau avec le tégument ; donc il est utile de respecter la peau. — La conservation d'une ou de plusieurs tumeurs hémorrhoïdales interrompt d'abord l'anneau inodulaire, et prévient sûrement l'oblitération consécutive ; mais, de plus, elle réunit les deux circonférences par des ponts verticaux qui en préviennent l'écartement exagéré et qui favorisent singulièrement la rétraction verticale ; cette ressource a donc aussi ses avantages.

Remède vulgaire contre les hémorrhoïdes, par M. H. Van Holsbeeck.
(Presse médicale belge, et Gazette des hôpitaux, p. 451.)

Ce remède est la petite chélidoine que l'auteur emploie sous les formes et les doses suivantes : — Décoction, infusion et fumigation : 30 à 60 grammes par kilogramme d'eau. — Sirop (1 sur 2 d'eau et 5 de sucre) : 30 à 60 grammes en potion. — Teinture (1 sur 4 d'alcool) : 1 à 4 grammes en potion. — Extrait (1 sur 6 d'eau) : 1 à 4 grammes en bols, en pilules ou dans un liquide

approprié. — Poudre : 2 à 4 grammes, en bols, en pilules ou avec du sucre.

Traitement des hémorrhoïdes internes et du prolapsus anal par l'acide nitrique, par M. Smith. (Medical Times and Gazette, et Gazette médicale, p. 722.)

L'auteur blâme la ligature ; il prend de l'acide nitrique très-fort et il en badigeonne la muqueuse ou les hémorroïdes herniées, à deux ou trois reprises différentes ; puis il opère la réduction ; il n'y a pas d'autres accidents que la douleur et une irritation assez vive.

Essai sur la contusion du foie, par M. Dutil-Raymond. (Thèses de Paris, nº 15.)

L'auteur met à profit les travaux antérieurs ; il y joint une observation dans laquelle la contusion a donné lieu à la formation d'un abcès à marche lente. A l'aide de ces matériaux, il cherche à jeter du jour sur cette lésion encore peu connue.

Abcès du foie par traumatisme, par M. Siredey. (Bulletin de la Société anatomique, p. 499 ; 1858.)

Considérations sur l'étude du goître endémique, par M. E. Lenoir. (Thèses de Paris, nº 196.)

M. Lenoir termine sa thèse par les conclusions suivantes : — Les causes invoquées jusqu'ici pour l'étiologie du goître ne peuvent être admises comme efficientes. Ces causes ne jouent qu'un rôle secondaire dans la production de cette maladie. — Il est sinon certain, du moins très-probable, que la cause efficiente est la présence dans les eaux potables d'une matière organique spéciale.

Influence des eaux de la Lombardie sur le goître, par M. Demortain. (Académie des sciences, 17 octobre.)

L'auteur s'est assuré, par des analyses nombreuses, qu'il y avait absence absolue de sels de magnésie dans les eaux des localités où il a observé le plus de goîtreux, et qu'il y avait aussi absence de chlorures. Toutes ces eaux contiennent du carbonate et du sulfate de chaux et renferment peu d'air.

Traitement du goître par le biiodure de mercure et l'action des rayons solaires, par M. Monot. (Revue médicale française et étrangère, 15 mars.)

On fait préparer une pommade contenant 1 gramme de biiodure de mercure pour 30 grammes d'axonge. Cette pommade doit être conservée à l'abri de la lumière. Le malade fait une première friction avec cette pommade, une heure après le lever du soleil ; la friction doit durer dix minutes ; puis le malade s'assied en plein soleil, aussi longtemps qu'il peut le supporter. Il survient souvent des douleurs assez vives, mais il ne se développe pas de pustules. Vers deux heures de l'après-midi, seconde friction faite avec beaucoup de douceur. Trois jours de ce traitement suffisent, en général, pour guérir les goîtres qui ne sont pas trop volumineux ; sinon, on recommence le traitement l'année suivante.

Hypertrophie glandulaire du corps thyroïde (goître dit cystique), par M. Binet. (Gazette médicale, p. 200.)

De l'écoulement du liquide séreux par les narines résultant du traumatisme, par M. Rateau. (Thèses de Paris, n° 206.)

L'auteur n'a trouvé dans la science que cinq observations dans lesquelles on ait constaté ce phénomène ; il en rapporte une qui lui est propre.

Essai sur la pathologie des sinus frontaux, par M. Bouiller. (Thèses de Paris, n° 121.)

Cette thèse est divisée en deux parties : l'une dans laquelle l'auteur rappelle brièvement l'anatomie de cette région ; l'autre dans laquelle il traite des maladies qui peuvent s'y montrer. — M. Bouiller admet deux ordres de lésions, les unes physiques, les autres vitales ou organiques. — En résumé, c'est un bon travail enrichi par un grand nombre d'observations.

Calcul développé dans les fosses nasales, par M. Verneuil. (Société de chirurgie, 18 mai.)

Femme de trente-cinq ans, qui a eu plusieurs accès de névralgie faciale, en même temps qu'un écoulement par le nez d'une matière très-fétide, mêlée quelquefois à un peu de sang. L'exploration avec un stylet révèle la présence d'un corps dur, qui fut pris pour le cornet inférieur nécrosé. Plus tard, il fut

reconnu que ce corps était mobile, et M. Verneuil put, avec une pince à pansement, écraser une substance pierreuse, dont les fragments restèrent entre les mors de la pince. Il y avait un calcul, qui fut complétement broyé dans une autre séance. Un pepin de fruit en formait le noyau ; il avait déterminé une déformation des fosses nasales.

Déviation de la cloison des fosses nasales par suite d'un coup de poing, par M. Demarquay. (Gazette des hôpitaux, p. 470.)

Inclinaison disgracieuse du nez à gauche. — Guérison à l'aide d'une opération nouvelle. — Elle a consisté à enlever après dissection une portion du cartilage qui faisait saillie.

Polype nasal, par M. Bourguignon. (Gazette hebdomadaire, p. 765.)

Perforation de la cloison, à la suite de l'extirpation d'un polype nasal.

Kystes congénitaux de la région orbito-nasale, par M. Robert. (Union médicale, t. I, p. 281.)

Plaie grave du gosier par une pipe, par M. Ure. (The Lancet, et Gazette médicale de Lyon, p. 299.)

Un homme de trente ans fumait tranquillement, lorsqu'il reçut de sa femme un coup qui brisa sa pipe, dont le tuyau alla frapper le pilier antérieur droit du voile du palais. Il resta environ une quinzaine de jours sans accidents sérieux ; mais il dut enfin entrer à l'hôpital, ayant, dit-il, perdu la veille, par cette plaie, plusieurs pintes de sang. La glace et les lotions avec le perchlorure de fer n'empêchèrent pas l'hémorrhagie de se renouveler ce même jour ; il perdit encore près d'une pinte de sang en cinq minutes. La compression de la carotide ayant été nécessaire pour mettre fin à l'écoulement sanguin, M. Ure se décida à lier ce vaisseau, la carotide primitive, immédiatement au-dessus du muscle omo-hyoïdien. — Il y eut encore, le lendemain et le surlendemain, de légères hémorrhagies, qui cessèrent complétement. Tout allait bien huit jours après l'opération.

Essai sur les fractures traumatiques des cartilages du larynx, par M. Cavasse. (Thèses de Paris, nº 9.)

Ce travail a été entrepris à propos d'une observation, ayant pour titre : *Chute dans un escalier; fractures multiples des*

cartilages du larynx; déchirure de la muqueuse; emphysème. Mort. — L'auteur a réuni les observations éparses dans les livres et dans les recueils périodiques; à ces faits peu connus, il en a ajouté quatre nouveaux; enfin il a fait sur le cadavre quelques expériences. — Il divise en trois groupes les expériences faites sur le cadavre : — 1° Le cadavre étant couché sur le dos, la tête renversée en arrière, le cou tendu, il a frappé le cartilage thyroïde avec un corps contondant. — 2° Il n'est pas nécessaire, pour cette seconde série d'expériences, que la tête soit renversée en arrière. On saisit le larynx entre le pouce d'un côté et les quatre doigts de l'autre côté, puis on presse, et la fracture se produit assez facilement, si le cartilage est ossifié, ce qui est indiqué par un craquement. — 3° Ces dernières expériences ont été faites avec des cordes qu'on plaçait autour du cou, comme dans les cas de pendaison ou de strangulation. — De l'examen des observations et des expériences, il résulte que l'ossification du larynx est une cause prédisposante, mais non une condition indispensable de la fracture des cartilages; mais cette ossification se montre à des périodes très-diverses de la vie. — La cause fracturante agit de deux manières bien différentes : tantôt la courbure du cartilage thyroïde tend à être effacée, et le cricoïde est aplati d'avant en arrière; tantôt au contraire la courbure du thyroïde est exagérée, et le cricoïde est aplati latéralement. — 1° Un choc étant appliqué sur la saillie thyroïdienne, il y a un aplatissement du thyroïde, dont les lames sont écartées, et la fracture se produit par le mécanisme décrit pour les fractures des côtes, dont on diminue la courbure par l'existence d'une violence exercée sur la convexité de ces arcs osseux. — Dans ces cas, outre la fracture verticale, située à l'union ou près de l'union des deux lames du thyroïde et celle du cricoïde, on doit ne pas oublier la fracture des cornes supérieures du thyroïde et des grandes cornes de l'os hyoïde. Il paraît difficile de ne pas affirmer que ces dernières lésions sont dues au choc du larynx et de l'os hyoïde contre la colonne vertébrale, et qu'elles ne devront pas se rencontrer sur les larynx fracturés par la pression latérale. — Notons encore, dans ces cas, la possibilité de désordres dans les articulations crico-thyroïdiennes. — 2° Les lames du thyroïde sont rapprochées, et le cricoïde est aplati latéralement. Ici encore, l'auteur se sert d'un exemple pris dans l'histoire des fractures des côtes; l'analogie est frappante : les côtes se brisent, quand on veut exagérer leur courbure, en amenant, l'une vers l'autre, leurs deux extrémités; il en est de même pour le cartilage thyroïde. — Le siége de la fracture sur le cartilage thyroïde ne se fait sur la ligne médiane que dans les cas où l'ossification est complète; sinon, on la trouve près de la ligne médiane : ce fait peut s'expliquer par

l'existence d'un cartilage losangique placé à l'angle de réunion des lames latérales : c'est à M. Rambaud que l'on doit la description de cette petite lame ; la fracture a pour siége la suture qui l'unit aux lames latérales, tant que l'ossification n'est pas complète. — Les signes fonctionnels sont la suffocation, l'asphyxie, l'altération de la voix ; les signes physiques sont les changements de forme et de volume du cou, les ecchymoses, la mobilité anormale, la crépitation et l'emphysème. Tantôt la maladie est assez grave pour que la mort ait été instantanée ou très-rapide, tantôt au contraire l'affection a été assez légère pour que les malades y aient à peine pris garde. La nature de la lésion et de la cause fracturante ne nous explique pas suffisamment ces immenses différences ; dans le cas cependant où la fracture a été produite par pression latérale, il est évident que la mort est due quelquefois à une asphyxie indépendante de la fracture, qui n'a été qu'une complication étrangère à la diminution de calibre des voies aériennes. — Le traitement est celui des symptômes, pour parer aux premiers accidents. Une seule fois, la trachéotomie a été faite par M. Maisonneuve ; le malade a guéri ; il a conservé un rétrécissement du larynx. — Si l'aplatissement persistait, le chirurgien devrait ramener le larynx à sa forme primitive par des pressions latérales, et la lui conserver au moyen de pinces ou de tout autre appareil dont il puisera facilement l'idée dans les circonstances environnantes. — L'auteur termine par les considérations médico-légales suivantes : — Par tout ce qui précède, le médecin légiste pourra se convaincre : 1° de la rapidité de la mort, dans quelques cas de fracture des cartilages du larynx ; 2° de la facilité avec laquelle ces fractures peuvent être produites, surtout chez les personnes âgées, facilité telle, que l'on doit se demander si les traces de la violence sont constantes à l'extérieur. N'en conclura-t-il pas aussi : 1° que, dans les cas douteux, lorsqu'il aura à constater la cause d'une mort subite, il devra avec soin examiner le larynx, même en l'absence d'une lésion apparente du cou ; 2° que, la fracture des cartilages du larynx pouvant se produire sans une grande force, il ne devra pas omettre cette circonstance dans son rapport, afin de ne pas incriminer des innocents, sous le prétexte qu'il a fallu des complices pour commettre le crime ?

Ecrasement du larynx, par M. Cavasse. (Bulletin de Thérapeutique, t. LVI, p. 194.)

C'est une observation prise dans la thèse précédente ; écrasement du larynx par une roue de voiture ; trachéotomie ; guérison.

Quelques considérations sur les rétrécissements cicatriciels de la trachée, consécutifs aux ulcérations de ce conduit, par **M. Charnal**. (Thèses de Paris, n° 78.)

Cette excellente thèse est divisée en deux parties. Dans la première, l'auteur fait l'histoire des ulcérations de la trachée ; dans la seconde, il fait celle des rétrécissements. M. Charnal termine son travail par un certain nombre de considérations pratiques. — Les ulcérations que l'on rencontre dans la trachée sont le plus souvent sous la dépendance de la diathèse tuberculeuse, de la syphilis ou de la morve. — La présence de ces ulcérations détermine au bout d'un certain temps des phénomènes généraux identiques à ceux de la phthisie pulmonaire. — La mort en est la terminaison la plus fréquente. — Néanmoins un certain nombre de ces ulcérations peuvent se cicatriser et donner lieu à des rétrécissements de la trachée. — Ceux-ci présentent comme signes une dyspnée continue, une inspiration pénible et bruyante ; l'absence du murmure vésiculaire dans le poumon avec conservation de la sonorité ; l'abaissement du larynx et, dans quelques cas, une dépression perceptible avec le doigt au niveau du rétrécissement. — La cicatrisation rapide des ulcérations expose à des rétrécissements mortels ; aussi, dans le cas d'ulcérations syphilitiques, le traitement doit-il être peu actif.

Trachéotomie, par **M. Legouest**. (Société de chirurgie, 28 septembre.)

Un corps étranger de l'œsophage (fragment d'os) déterminait des accidents d'asphyxie imminente. Le cathétérisme du pharynx et de l'œsophage n'en dénotait pas la présence. M. Legouest pratiqua la trachéotomie ; le malade respira bien.

Corps étranger introduit dans les bronches et expulsé sous l'influence de la position déclive. (Bulletin général de Thérapeutique, t. LVI, p. 154.)

Noyau d'abricot introduit dans le larynx pendant un accès d'épilepsie. — Accidents immédiats et ultérieurs. — Expulsion spontanée du corps étranger quatre mois après, par **M. Delasiauve**. (Gazette hebdomadaire, p. 648.)

Corps étranger ayant séjourné dans les voies aériennes pendant dix mois, par **M. Aberles**. (Union médicale, t. III, p. 447.)

Végétations dans le larynx. — Mort, par M. Verneuil. (Société de chirurgie, 6 juillet.)

Phlegmon diffus de la partie antérieure du cou. Mort subite. A l'autopsie, on trouva une nappe de pus située entre la peau et l'aponévrose antérieure du cou, et, dans le larynx, une certaine quantité de végétations polypiformes ; elles occupaient les bords des cordes vocales et surtout leur angle de réunion.

M. Huguier a aussi cité l'observation d'une mort subite chez une femme syphilitique. — A l'autopsie, on vit que le larynx était bouché par une masse de végétations analogues aux choux-fleurs ; elles sont ramifiées, dichotomysées ; elles naissent sur la corde vocale inférieure droite et dans le fond du ventricule correspondant. Si l'on examine cette pièce sous l'eau, on voit une infinité de petites tumeurs à côté les unes des autres ; il y en a qui sont uniques, d'autres qui présentent des divisions.

Fistule pulmonaire cutanée suivie de guérison, par M. Perrin. (Gazette des hôpitaux, p. 106.)

Kyste hydatique du poumon droit, par M. Moissenet. (Bulletin de la Société anatomique, p. 391 ; 1858.)

Apoplexie pulmonaire résultant d'une communication de l'aorte avec le sommet du poumon gauche, par M. Siredey. (Bulletin de la Société anatomique, p. 377 ; 1858.)

Etudes sur les maladies du cœur, par MM. Boyer et Pécholier. (Montpellier, imprimerie Bœhm ; in-8, 75 pages.)

Ce mémoire contient des recherches intéressantes sur l'ossification du péricarde et le ramollissement du cœur ; il a été fait à propos de l'observation suivante : Première atteinte de rhumatisme en février 1855 ; traitement peu énergique ; rétablissement apparent. Nouvelle atteinte en mars 1856 ; médication active ; convalescence : imprudences, écarts de régimes ; apoplexie du cœur, rupture de cet organe ; mort en deux heures et demie. Nécropsie : épaississement du péricarde, ceinture osseuse large, épaisse, presque annulaire, adhérente au cœur ; ramollissement de ce dernier ; congestion, foyers apoplectiques, déchirure de l'oreillette droite, épanchement dans le péricarde.

Plaie de l'artère coronaire gauche du cœur. — Mort le huitième jour, par M. Ferguson. (Gazette hebdomadaire, p. 732.)

Ligature de la carotide primitive, par M. Wood.
(The New-York Journal, et Gazette médicale, p. 157.)

C'est un relevé des opérations récentes de ligature de la carotide pratiquées en Angleterre et en Amérique.

Ligature de la carotide primitive, par M. Chassaignac.
(Société de chirurgie, 31 août.)

Tumeur située au côté gauche de la partie postérieure du pharynx. Elle existait déjà depuis quinze jours; elle était molle, fluctuante, ne présentait aucun battement; l'amygdale et les ganglions lymphatiques de la partie supérieure du cou étaient engorgés. Pensant qu'il s'agissait d'un abcès rétro-pharyngien, on pratiqua une ponction, qui donna de suite issue à un jet de sang vermeil. Le malade suffoquait. La compression directe était impraticable; la compression établie sur la carotide primitive diminuait l'hémorrhagie, mais ne pouvait être supportée longtemps par le malade, qui éprouvait une grande gêne dans la respiration. D'ailleurs, elle était insuffisante.— Il n'y avait pas à hésiter un instant, il fallait pratiquer la ligature de l'artère carotide. L'opération fut exécutée de suite, l'hémorrhagie s'arrêta complétement dès que l'on eut saisi le vaisseau. Il y a maintenant cinq jours que l'opération a été pratiquée, le malade est actuellement dans un état très-satisfaisant; mais dans les premiers jours qui suivirent, des douleurs de tête se sont fait sentir dans la partie correspondant au côté de la ligature, et il y eut pendant vingt-quatre heures une aphonie complète. Plus tard il s'est écoulé du pus par la plaie du pharynx.

De l'athérome artériel, par M. Borel. (Thèses de Strasbourg.)

Moyen pour éviter la ligature des vaisseaux dans les amputations, par M. Ancelet. (Académie des sciences, 6 février.)

M. Ancelet soumet au jugement de l'Académie une note sur un moyen qu'il a imaginé pour éviter la ligature des vaisseaux dans les amputations, moyen qu'il a appliqué avec succès pour une femme très-âgée, sur laquelle il a pratiqué l'amputation du bras.

Des difficultés qu'on éprouve à lier les artères de la jambe après l'amputation de ce membre au lieu d'élection. — De la ligature de l'artère poplitée à sa partie inférieure, comme moyen d'y remédier, par M. Verneuil. (Académie de médecine, 26 juillet.)

M. Verneuil lit un travail sur la ligature des artères après l'amputation de la jambe. Il s'agit, dans ce travail, d'une amputation

de la jambe dans laquelle l'auteur s'est trouvé en face d'incidents imprévus et de difficultés presque insurmontables. Les artères étaient d'une friabilité telle, qu'après de nombreuses et inefficaces tentatives de ligature immédiate et médiate qui ont entraîné la perte de plus d'une heure et failli amener la mort du malade à l'amphithéâtre même, M. Verneuil n'est parvenu à arrêter le sang inondant la surface du moignon qu'en employant un procédé de ligature imaginé à l'amphithéâtre, mais qui n'avait pas encore été utilisé sur le vivant, le procédé de M. Marchal (de Calvi) pour la ligature de l'artère poplitée.

Des difficultés qu'on éprouve à lier les artères de la jambe après l'amputation de ce membre et des moyens d'y remédier, par M. Hugon. (Thèses de Paris, n° 139.)

Ligature des artères de la jambe, par M. Moutet. (Montpellier médical, septembre, p. 282.)

Dans cette lettre, écrite à propos du mémoire de M. Verneuil, l'auteur indique un moyen pour mettre un terme aux hémorrhagies rebelles après l'amputation de la jambe au lieu d'élection, et ce moyen, expressément convenable dans les cas où cette complication est due à la rétraction et aux rapports vicieux des artères (de la tibiale antérieure en particulier), consiste dans la résection du bout du péroné, qui en facilite l'isolement et la ligature.

Lieu où il convient d'appliquer la ligature après les plaies artérielles, par M. J. Roux. (Gazette hebdomadaire, p. 213.)

L'auteur cite des observations pour prouver que la ligature doit être faite dans la plaie, malgré l'inflammation et les autres complications de la plaie. Si cela n'est pas possible, il faut lier non loin de la blessure. Le bout inférieur ne devra être lié que si l'hémorrhagie continue. Dans les cas de plaie de la carotide externe, il est convenable de lier ses branches, au lieu de faire la ligature sur le bout supérieur du vaisseau.

Hémorrhagie traumatique de l'arcade palmaire profonde de la main droite. — Compression mécanique de l'artère humérale.— Guérison en vingt et un jours, par M. Nuzillat. (Société de chirurgie, 4 mai.)

Hémorrhagie consécutive du doigt indicateur, par M. Houzé de l'Aulnoits. (Société de chirurgie, 4 mai.)

Compression digitale des deux artères radiale et cubitale au-dessus du poignet, pendant soixante-douze heures. Guérison.

Etude de la compression au point de vue physiologique et thérapeutique, par M. Mathieu. (Thèses de Strasbourg.)

Deux cas d'anévrysmes traités par l'iodure de potassium, par M. Bouillaud. (Gazette des hôpitaux, p. 61.)

Disparition à peu près complète de l'un; amélioration sensible de l'autre.

Traitement des anévrysmes avec la main seule, par M. Vanzetti. (Gazette médicale, p. 479.)

Résumé des travaux de M. Vanzetti; tout le monde les connaît aujourd'hui. (Voir l'*Annuaire*, t. II, p. 277.)

Compression indirecte dans le traitement des anévrysmes, par M. Trombini. (Gazette médicale, p. 480.)

Quelques remarques critiques sur la compression; cette méthode est ancienne, elle ne guérit pas toujours, etc.

De la compression digitale dans le traitement des anévrysmes chirurgicaux, par M. Abbadie. (Thèses de Paris, n° 117.)

L'auteur s'est proposé de rassembler dans ce travail tous les cas d'anévrysmes traités par la compression digitale.

Compression digitale dans le traitement des anévrysmes. (Société de chirurgie, 6 avril.)

M. Verneuil donne quelques indications pour l'historique de la question. — M. Richet cite un cas d'insuccès de cette méthode dans un cas d'anévrysme poplité.

Traitement des anévrysmes et des varices par l'acupuncture simple, par M. Malago. (Annali univ. di medicina, et Gazette médicale de Lyon, p. 100.)

M. Malago a donné son nom à cette méthode de traitement, ce qui ne l'empêche nullement de reconnaître qu'il a complétement échoué dans le traitement des anévrysmes; mais l'acupuncture n'a pas cessé de donner, au contraire, à M. Malago les résultats les plus brillants pour la cure des varices. Il a guéri par ce moyen non-seulement de volumineuses varices du membre inférieur, mais des varices du bras et trois cirsocèles. — Nous voyons dans le récit de ces faits qu'on implanta, dans la veine malade, de deux

à vingt aiguilles, ordinairement de quatre à neuf, et que le caillot fut établi quelquefois le troisième jour, quelquefois le quinzième de cette séance unique. La guérison a eu lieu, dans quelques cas, en cinq jours, fort souvent en douze. Quand elle a dû avoir lieu, le terme où elle a été obtenue n'a pas dépassé un mois.

Anévrysmes traités par l'électro-puncture, par M. Mazzuttini. (Gazette médicale, p. 448.)

Trois observations, dont deux surtout sont favorables à cette méthode de traitement.

Nouveau cas d'anévrysme guéri par l'injection d'une solution étendue de perchlorure de fer, par M. Dieulafoy. (Académie de médecine, 24 mai.)

L'anévrysme dont il s'agit siégeait dans la partie supérieure de l'artère cubitale du bras droit chez un officier supérieur de cavalerie, âgé de cinquante ans. Cette tumeur présentait dans ses deux diamètres 81 millimètres sur 54. Elle était extrêmement douloureuse, ainsi que tout le bras. Elle fut opérée par M. Dieulafoy, en usant du perchlorure de fer de Burin-Dubuisson, à 18 ou 20 degrés. On en injecta environ 20 gouttes. La douleur fut immédiatement très-vive. Le lendemain, la tumeur était dure, sans battements, sans changement de couleur à la peau. Un bandage légèrement compressif fut ajouté, et les douleurs ne reparurent plus. Le malade succomba, le quarantième jour, à une affection chronique de l'estomac, de l'intestin, avec paralysie de la vessie. Les pièces anatomiques sont mises sous les yeux de l'Académie par M. Debout, qui fixe l'attention des expérimentateurs sur les trois conclusions suivantes : 1° l'action traumatique exercée par la piqûre du trocart, et qui doit faire réduire la manœuvre opératoire à la simple ponction de l'anévrysme et à la projection du chlorure en un seul point de la tumeur ; 2° la nécessité d'exercer une compression sur l'artère au-dessus et au-dessous de l'anévrysme, afin de prévenir la migration des caillots provoqués ; 3° le danger de dépasser le chiffre de 20 degrés pour le titre des solutions de perchlorure destinées à ces opérations, sous peine de s'exposer à des accidents inflammatoires.

Nouveau cas d'anévrysme guéri par l'injection d'une solution étendue de perchlorure, par M. Debout. (Bulletin général de Thérapeutique, t. LVI, p. 461.)

M. Debout, après avoir fait connaître tous les détails de l'observation précédente, appelle l'attention sur les points suivants : l'action traumatique exercée par la piqûre du trocart, et qui doit

faire réduire la manœuvre opératoire à la simple ponction de l'anévrysme et à la projection du perchlorure en un seul point de la tumeur ; la nécessité d'exercer une compression sur l'artère au-dessus et au-dessous de l'anévrysme, afin de prévenir la migration des caillots provoqués ; le danger de dépasser le chiffre de 20 degrés pour le titre des solutions de perchlorure destinées à ces opérations, sous peine de s'exposer à des accidents inflammatoires.

Anévrysme considérable de l'aorte thoracique, par M. Laborde. (Gazette médicale, p. 164.)

Usure des vertèbres correspondantes ; rupture; mort subite.

Anévrysme disséquant de l'origine de l'aorte, par M. Baudot. (Bulletin de la Société anatomique, p. 187.)

Rupture dans le péricarde ; mort instantanée.

Anévrysme de l'aorte abdominale, par M. Renaud. (Bulletin de la Société anatomique, p. 448 ; 1858.)

Volume considérable ; il remontait jusque dans la cavité thoracique, présentant un étranglement au niveau du diaphragme. Rupture ; mort instantanée.

Anévrysme de la portion ascendante de la crosse de l'aorte, par M. Bonfils. (Bulletin de la Société anatomique, p. 90.)

Symptômes d'angine de poitrine ; mort.

Anévrysme supposé du tronc brachio-céphalique, par M. Edwards. (Gazette médicale, p. 737.)

Cet anévrysme a été traité par la compression de la carotide et de la sous-clavière.— Amélioration notable; disparition des symptômes les plus incommodes.

Observation d'anévrysme de la crosse de l'aorte, par M. Malherbe. (Nantes, imprimerie Mellinet ; in-8, 12 pages.)

Deux cas d'anévrysme de l'aorte pectorale descendante, ayant causé l'oblitération du canal thoracique, par M. W. Turner. (Union médicale, t. III, p. 263.)

Ces faits sont importants au point de vue de l'oblitération du canal thoracique. Dans les deux cas, il a été noté d'une manière expresse qu'il n'y avait pas d'amaigrissement ; dans le premier,

même, il y avait sous la peau une quantité assez considérable de graisse. L'auteur est porté à croire que, dans tous les cas où l'oblitération du canal se produit graduellement, il existe quelque autre voie par laquelle la lymphe et le chyle trouvent un passage jusque dans le système veineux, l'absence d'amaigrissement dans ces cas donnant beaucoup de force à cette supposition. Cette voie consiste, soit dans la formation d'une circulation collatérale, par la dilatation de vaisseaux lymphatiques établissant des rapports entre les parties du canal situées au-dessus et au-dessous du point où siége l'oblitération, soit par des communications ayant lieu entre le canal thoracique et les veines, en d'autres points que celui où se fait la seule communication communément décrite, celle qui se trouve à la partie gauche de la racine du cou. L'une et l'autre de ces hypothèses sont exactes.

Anévrysme de l'aorte, arrêté dans ses progrès par le traitement, par M. Solly. (Gazette médicale de Lyon, p. 579.)

L'état du malade avait été amélioré, surtout sous l'influence du repos et d'un traitement convenable. Les battements avaient disparu, et le malade, se croyant guéri, se livra à une vie agitée. Mais bientôt l'anévrysme se rompit ; la mort fut presque instantanée.

Anévrysme de l'aorte thoracique, par M. H. Packard. (The American Journal, et Gazette médicale, p. 663.)

Le sac anévrysmal contenait, au milieu des caillots, des fragments osseux du sternum nécrosé.

Dysphagie produite par un anévrysme de l'aorte thoracique méconnu, par M. Roché.

Mort subite produite par la rupture de la tumeur.

Tumeur pulsatile du bassin. — Ligature de l'iliaque primitive.—Mort, par M. Meyer. (Gazette hebdomadaire, p. 460.)

Ligature de l'iliaque primitive pour un anévrysme, par M. Stone. (Gazette médicale de Lyon, p. 582.)

Mort, le vingt-sixième jour, d'accidents intestinaux, que la malade avait déjà éprouvés avant l'opération. Le fil avait été très-peu serré ; l'anévrysme avait diminué ; il n'y avait eu ni hémorrhagie ni gangrène.

Anévrysme par anastomose.— Guérison par la ligature de la carotide. (Gazette médicale de Lyon, p. 548.)

Une enfant de douze ans portait, depuis sa naissance, une tumeur qui, augmentant graduellement de volume, avait envahi tout le côté droit de la face et s'étendait de la région temporale au bord inférieur de la mâchoire ; elle comprenait aussi la lèvre supérieure jusqu'un peu au delà de la ligne médiane, ainsi que l'amygdale droite.—On lia la carotide primitive au lieu d'élection, ainsi que la coronaire supérieure du côté opposé. On passa en outre plusieurs ligatures à travers la lèvre supérieure, dans le but de faciliter l'oblitération de cette tumeur. — Le fil tomba le quinzième jour, et la tumeur disparut entièrement, sauf celle de la lèvre supérieure, qui paraît être alimentée par des anastomoses avec les branches des artères temporales et ophthalmiques.

Anévrysme de la carotide, guéri par la ligature, par M. Hobart. (The Dublin quarterly Journ.; Gazette médicale, p. 753.)

Anévrysme de l'artère ophthalmique, guéri par la compression digitale, par M. Gioppi. (Annales d'oculistique.)

Femme de quarante-deux ans ; l'anévrysme s'était développé à la suite d'un effort, fait pendant le travail de l'accouchement. Exophthalmie, battements, souffle, bourdonnement dans l'oreille : la compression de la carotide arrête instantanément les battements, le souffle et le bourdonnement, et permet, en le pressant, de faire rentrer le globe de l'œil de 2 ou 3 millimètres dans la cavité de l'orbite. Après avoir inutilement soumis quelque temps la malade au traitement de Valsalva et d'Albertini, M. Gioppi pensa que la ligature de la carotide pouvait seule offrir quelques chances de guérison ; mais avant de recourir à cette opération, il voulut, par une compression méthodique du vaisseau, favoriser l'établissement d'une circulation collatérale, de manière à prévenir les accidents consécutifs à la ligature. Cette compression, exercée avec prudence et par le moyen des doigts, amena dès le second jour une amélioration si marquée que la pensée vint au professeur de tenter la guérison de l'anévrysme par ce seul moyen. Bientôt les battements et le bruissement diminuèrent considérablement, l'œil rentra dans l'orbite, et la vision même se rétablit presque complétement au bout d'un temps assez court, mais qui n'est pas précisé dans l'observation. Sept mois après, la guérison ne s'était pas démentie.

Anévrysmes intra-orbitaires, par M. Demarquay. (Gazette hebdomadaire, p. 597.)

Dans ces articles, M. Demarquay passe en revue les faits connus

d'anévrysmes de l'orbite; il n'apporte aucune observation nouvelle, mais de l'examen de celles qu'on trouve dans les auteurs, il tire pour le traitement la conclusion suivante : La compression digitale de la carotide primitive n'ayant pas le moindre inconvénient, cette méthode nous semble devoir être tentée avant tout autre moyen de traitement plus actif. Si ces tentatives, continuées pendant un certain temps, n'ont donné aucun résultat, on pourra faire quelques essais d'électro-puncture, laquelle n'a pas non plus de grands inconvénients. On en viendra alors à l'injection de perchlorure de fer, pendant laquelle on aura soin d'immobiliser le sang dans la tumeur, en faisant comprimer les deux carotides par un aide intelligent. Si tous ces moyens échouaient, il faudrait recourir à la méthode d'Anel. Nous pensons qu'alors on devrait donner la préférence à la ligature de la carotide interne, toutes les fois qu'elle sera possible.

Compression digitale pour arrêter l'hémorrhagie intra-oculaire, par M. Alioli. (Giornale d'oftalmologia, italiaco, et Gazette médicale de Lyon, p. 200.)

L'auteur n'a jamais appliqué la compression dans ces cas; seulement, après avoir analysé les exemples connus de cette lésion, il montre l'atrophie de l'œil comme en étant la conséquence ordinaire, insiste sur les dangers dont elle peut être l'origine, et se demande, finalement, si l'on ne devrait pas recourir, en pareil cas, à la compression digitale de la carotide correspondante. Il se fonde principalement sur le fait d'anévrysme de l'artère ophthalmique, guéri par M. Vanzetti.

Anévrysme artérioso-veineux de l'artère temporale, par M. H. Moore. (Archives générales de médecine, juillet, p. 95.)

Anévrysme de l'artère coronaire labiale inférieure, tout près du tronc de la faciale. — Compression digitale, par M. Boinet. (Société de chirurgie, 23 février.)

M. Boinet a cité, comme preuve d'efficacité de cette méthode, le fait suivant, qui, le touchant personnellement et, à ce titre, observé d'aussi près que possible, mérite d'être compté au nombre des arguments les plus convaincants. Lorsque, pour la première fois, il fut question, à la Société de chirurgie, de la compression digitale appliquée à la cure des anévrysmes, dit M. Boinet, je déclarai que depuis 1844 j'étais affecté d'une tumeur anévrysmale à l'origine de l'artère coronaire labiale inférieure. De temps en temps la tumeur devenait le siége de douleurs; je les faisais bientôt cesser, en exerçant sur le sac et par l'extérieur une pression directe pendant une demi-heure avec la pulpe d'un doigt. — Ces

manœuvres, répétées à des temps très-irréguliers, arrêtèrent l'accroissement de la tumeur et la firent même légèrement diminuer. Lorsque les règles de la compression digitale furent posées, je songeai à essayer une cure radicale; pour cela, je fis des séances de compression plus fréquentes et plus régulières. Chaque fois que j'étais à mon bureau ou en voiture, j'appliquais la pulpe du pouce en dehors de la tumeur, c'est-à-dire sur l'artère faciale elle-même, qui se trouvait ainsi pressée sur la face externe de l'os maxillaire.— Chaque séance durait environ une demi-heure; elle était répétée plusieurs fois dans la journée. Au bout de deux mois environ, la guérison était complète, et dans la région occupée par l'ancienne tumeur, on ne constate plus aujourd'hui qu'un peu d'empâtement. A l'époque de son plus grand développement, la tumeur aplatie égalait en volume la moitié d'une noix ordinaire; elle occupait presque toute la moitié droite de la lèvre inférieure.

Anévrysme de l'artère hépatique, par M. Wallman. (Archives générales de médecine, p. 335, février.)

Guérison d'un cas de téléangiectasie, par M. Mackinder. (Gazette des hôpitaux, p. 76.)

Anévrysme variqueux. — Compression digitale. — Guérison, par M. Gherini. (Archives générales de médecine, mars, p. 359.)

Deux faits de ligature de la sous-clavière en dehors des scalènes pour anévrysme axillaire. (The Lancet, 15 janvier.)

L'un de ces malades, soigné par M. Legros-Clark, avait quarante ans. En faisant un mouvement forcé d'élévation du bras, il avait senti un craquement immédiatement au-dessous de la clavicule. Au bout de quelques heures, il éprouva un picotement dans l'épaule toutes les fois qu'il levait le bras. Une semaine après, il se montra une tumeur du volume d'une noix; elle disparut par le repos; mais, le malade ayant voulu travailler, la tumeur acquit un volume considérable (de la face inférieure de la clavicule à la quatrième côte, et du tiers interne de la clavicule à l'aisselle), et elle présenta les pulsations caractéristiques. Le chirurgien, trouvant entre l'anévrysme et le scalène antérieur un espace suffisant, fit la ligature en ce point. Le vaisseau était sain; la température du bras du côté de l'opération était moins élevée qu'au côté opposé. Le cinquième jour, tout allait bien.— Le second malade (opéré par M. Stanley) était un soldat des Indes, affaibli, ayant un anévrysme de l'axillaire. L'opération fut pratiquée sur la sous-clavière, en dehors des scalènes. Mort au bout de huit

jours, avec une suppuration diffuse du tissu cellulaire du cou et du médiastin. La plèvre du côté opposé à l'opération contenait beaucoup de sérosité coagulable. La crosse de l'aorte est dilatée et sa tunique interne est ramollie. L'artère axillaire du côté non opéré offre un anévrysme commençant, gros comme une noix.

Anévrysme du pli du bras, guéri par la méthode ancienne, par M. Inzani. (Gazetta med. italiana, Stati Sardi, et Gazette médicale de Lyon, p. 245.)

L'anévrysme, datant de dix-neuf jours, était la suite d'une saignée malheureuse. L'auteur semble s'être décidé à pratiquer l'ouverture du sac, parce que la peau était rouge, amincie, offrant une plaie noirâtre avec phlyctène. Rien de particulier dans l'opération ; guérison en quelques jours, mais le malade conserve encore, au bout d'un an, de la roideur dans le coude, de la gêne dans les deux derniers doigts.

Etat cirsoïde des artères de l'avant-bras, compliqué de phlébectasie artérielle, par M. Letenneur. (Gazette des hôpitaux, p. 122.)

Anévrysme de l'artère radiale, par M. Denucé. (Moniteur des sciences, p. 461.)

Traitement par la compression digitale ; guérison.

Anévrysme traumatique, par M. Verneuil. (Société de chirurgie, 16 février.)

Cet anévrysme avait pour siége l'artère cubitale à la paume de la main. Compression digitale ; guérison.

Anévrysme de l'artère crurale, par M. Riberi. (Gazette médicale, p. 482.)

Guérison très-rapide par la compression digitale.

Anévrysme artérioso-veineux de la cuisse, par M. Jaccoud. (Bulletin de la Société anatomique, p. 355 ; 1858.)

Traitement par la compression sans résultat. Opération par la méthode ancienne. Mort.

Anévrysmes des artères fémorale et tibiale postérieure. — Guérison spontanée, par M. Sidey. (Edinburgh med. Journ., et Union médicale, t. III, p. 157.)

Il s'agit, dans ce cas, d'anévrysmes s'étant produits rapidement

chez un sujet avancé en âge, et dont la nature a opéré la guérison spontanément par l'intervention de l'artérite. De cette manière, la solidification, puis la résolution des tumeurs, a eu lieu par les seuls efforts de la nature.

Anévrysme de l'artère fémorale droite, guéri par la compression digitale, par M. Samuel W. Gross. (North American med. chir. Review, janvier, et Gazette hebdomadaire, p. 299.)

Succès obtenu par la compression digitale, en quelques heures ; les conclusions de l'auteur, qui cite d'autres faits, diffèrent peu de celles qu'a posées M. Vanzetti.

Anévrysme fémoral et iliaque, traité par la compression. — Guérison, par M. Soler. (La Espana medica, et Gazette des hôpitaux, p. 14.)

Anévrysme poplité, guéri par la compression indirecte, par M. Ciniselli. (Société de chirurgie, 29 juin.)

Homme de soixante-six ans. M. Ciniselli appliqua au tiers supérieur de la cuisse le tourniquet de J.-L. Petit, en plaçant entre l'artère et la pelote un ballon de caoutchouc vulcanisé. Cet appareil se dérangea plusieurs fois; au bout de cinq jours, cependant, la poche anévrysmale, un peu plus volumineuse qu'au début, était devenue plus dure et ne s'affaissait plus quand on la comprimait. Il y avait encore des pulsations profondes qui engagèrent le chirurgien à ne pas interrompre le traitement. — La compression fut alors appliquée à la partie inférieure de la cuisse, à 1 centimètre seulement de la tumeur ; le lendemain, l'artère fut comprimée au niveau du pubis, pendant sept heures, au moyen du ballon de caoutchouc fixé par un spica de laine; le surlendemain, la compression dura vingt-quatre heures, et le malade put alors être considéré comme complétement guéri. — Il n'y eut plus d'accident pendant les quelques jours de traitement, et le médecin constata qu'il s'était développé un vaisseau anastomotique sur la partie interne du genou, allant de l'artère fémorale au-dessus de l'anévrysme à l'artère poplitée au-dessous de l'anévrysme.

Anévrysme poplité, guéri par la compression, par M. Williamson. (The Lancet, et Union médicale, t. II, p. 594.)

Anévrysme de l'artère poplitée droite, par MM. L. Labbé et P. Tillaux. (Gazette des hôpitaux, p. 145.)

Traitement par la compression incomplète d'abord, puis totale, de la fémorale. Abcès consécutif du sac. Guérison.

Deux cas d'anévrysmes poplités, guéris par la compression, par M. Crocker. (Med. Times and Gazette, et Gazette médicale, p. 723.)

Anévrysmes poplités, guéris par la compression, par MM. Gelston, Sargint et Babington. (The Dublin quarterly Journal, et Gazette médicale, p. 643.)

Trois observations n'offrant rien de particulier.

Anévrysme poplité, traité par compression et manipulation, par M. Teale. (Medical Times, et Union médicale, t. III, p. 205.)

Une observation dans laquelle la guérison a été obtenue assez rapidement, sans accidents.— M. Teale se montre partisan de la manipulation de la tumeur dans le traitement des anévrysmes; mais il est d'avis que ce moyen doit être réservé pour les anévrysmes des membres. En l'appliquant aux tumeurs anévrysmales des artères qui portent le sang vers le cerveau, on s'exposerait au péril de détacher de petites portions de fibrine qui, charriées par le courant sanguin vers les artères encéphaliques et venant à s'y arrêter, pourraient donner lieu à des désordres très-graves.

Anévrysme poplité, guéri par la compression digitale intermittente, par M. Ségrestan. (Gazette des hôpitaux, p. 571.)

Nouveaux faits relatifs au traitement des anévrysmes poplités, par MM. Moore et Paget. (Medical Times and Gazette, 2 et 16 juillet; Archives générales de médecine, août, p. 229.)

Deux cas d'anévrysmes poplités, traités avec succès par la flexion du genou, par MM. Hart et Shaw. (Société royale méd.-chir. de Londres, 26 avril, et Gazette hebdomadaire, p. 412.)

MM. Hart et Shaw ont rapporté deux observations, dans lesquelles on voit les effets de la compression se produire peu de temps après la flexion de la jambe sur la cuisse, c'est-à-dire que les anévrysmes ont été guéris par la formation de caillots actifs. Le procédé opératoire est très-simple : un bandage roulé est appliqué depuis le pied jusqu'au genou, sans couvrir la tumeur, puis la jambe est complétement fléchie sur la cuisse et maintenue dans cette position par des tours de bande. — Dans les deux cas dont nous avons le récit, la guérison a été obtenue rapidement et sans accidents; il est vrai qu'il s'agissait de sujets jeunes et se trouvant dans de bonnes conditions. Au début, il y a eu des douleurs assez vives, résultant de la direction donnée à la jambe.— Les caillots se forment, parce que la flexion retarde le passage du sang, et aussi parce que la tumeur, quand la jambe est flé-

chie, se trouve comprimée par les parties voisines. — Cette méthode, dans certains cas déterminés, paraît devoir rendre des services ; mais, en supposant qu'elle doive toujours réussir, combien d'anévrysmes lui échapperont par leur siége, leur volume ou d'autres particularités !

Anévrysme poplité double. — Ligature des deux artères fémorales, par M. Birkett. (The Lancet, avril.)

La compression ayant échoué, le chirurgien fit la ligature. Le malade était encore à l'hôpital, en voie de guérison, lorsqu'un anévrysme poplité se développa sur l'autre membre. Nouvel échec de la compression ; nouveau succès de la ligature. — Ce fait nous montre un exemple de la production d'un anévrysme poplité survenu sans cause appréciable, sans fatigue ni violence, le malade gardant le lit depuis plusieurs semaines, lorsque l'anévrysme s'est formé à la jambe gauche. La compression a-t-elle échoué parce que le sang de cet homme était appauvri?

Anévrysme du tibia gauche, par M. Lagout. (Société de chirurgie, 5 janvier.)

Dilatation énorme des vaisseaux sanguins du membre inférieur, par M. Adams. (The Lancet, et Gazette médicale, p. 736.)

L'auteur pense qu'il avait affaire à un anévrysme par anastomose ; mort à la suite d'hémorrhagies répétées.

Anévrysme faux consécutif de l'artère pédieuse, par M. Houzelot. (Société de chirurgie, 9 novembre.)

On a fait la compression mécanique, puis la compression digitale. La guérison a été obtenue après six heures de traitement.

Anévrysme traumatique artérioso-veineux, par M. Secretain. (Moniteur des sciences, p. 381.)

Affection de l'artère sous-clavière, par M. Morel-Lavallée. (Société de chirurgie, 16 mars.)

Les signes indiquent ou un rétrécissement proprement dit, ou un soulèvement de productions crétacées, ou un anévrysme peu développé communiquant avec le vaisseau par un orifice étroit et irrégulier.

Tumeur sanguine du poignet, guérie par l'injection d'acide citrique, par M. Pétrequin. (Gazette médicale, p. 481.)

Perforation de l'aorte, suite de carie vertébrale, par M. Fuller. (Gazette hebdomadaire, p. 524.)

Oblitération de l'aorte, par M. Wood. (Med. Times, et Union médicale, t. III, p. 175.)

Homme bien musclé ; l'oblitération a son siége à la terminaison de la crosse de l'aorte, immédiatement après l'origine de l'artère sous-clavière gauche. Elle se présente sous la forme d'une constriction étroite, comme si un lien avait été serré autour de l'artère. Le tronc innominé et les artères carotide primitive et sous-clavière gauches occupent leur situation normale, mais ont un volume presque double de leur volume ordinaire. Les artères mammaires internes sont quatre fois plus volumineuses qu'à l'état normal, et communiquent largement avec les branches terminales superficielles et profondes des épigastriques. Les intercostales offrent de nombreuses anastomoses ; l'aorte est très-petite au-dessous de l'oblitération.— L'auteur attribue cette anomalie à un arrêt de développement.

De l'embolie artérielle, par M. Mercier. (Thèses de Paris, nº 57.)

Observation d'œdème bleuâtre et refroidissement de la jambe, par M. Guibout. (Gazette hebdomadaire, p. 765.)

Fracture de la cuisse, compliquée d'oblitération de l'artère poplitée, suivie de gangrène du membre, par M. Larrey. (Union médicale, p. 535, t. I.)

Deux cas de gangrène traumatique, dite momifiante, par M. Larrey. (Gazette des hôpitaux, p. 135.)

Gangrène momifiante, 1º de la main et de l'avant-bras, par suite d'un coup de feu ; 2º du doigt indicateur, par suite d'une morsure de vipère.

Congélation des deux pieds. — Traitement chirurgical de la gangrène par congélation, par M. Sistach. (Société de chirurgie, 23 mars.)

Rupture des tuniques artérielles comme causes d'oblitérations artérielles, par M. Scott. (Archives générales de médecine, août, p. 223.)

De la pyohémie, par M. E. Lecoq. (Thèses de Paris, nº 37.)

Les observations de MM. Velpeau et Andral, les examens microscopiques de MM. Donné, Mandl, Lebert, semblent prouver d'une manière incontestable la présence du pus dans le sang. —

On trouve une analyse de cette thèse dans la Gazette des hôpitaux, p. 276.

Accidents de la saignée, par M. Rennes.
(Gazette des hôpitaux, p. 284.)

L'auteur parle du jet saccadé d'un sang rutilant, sans blessure de l'artère ; il l'a observé. – Une hystérique a eu, à la suite d'une saignée, une paralysie du bras qui a duré quinze jours.

Quelques considérations sur le traitement des varices, par M. Cocheteux. (Thèses de Paris, nº 72.)

Inconvénients et insuffisance du traitement palliatif. Supériorité des injections iodo-tanniques comme moyen curatif. Les injections iodo-tanniques que M. Cocheteux a vu pratiquer dans le service de M. Vallet, à Orléans, n'ont jamais déterminé d'accidents, depuis trois ans que ce chirurgien les emploie; si elles ne guérissent pas toujours, elles soulagent au moins les malades. — Le liquide iodo-tannique, dont la composition est due à M. Debaugne, pharmacien belge, a l'avantage de se préparer avec la plus grande facilité et de se conserver de même : on l'emploie à la dose de six à sept gouttes, qui équivalent à quatre gouttes de perchlorure de fer.

F.	Iode.	5	grammes.
	Tannin	45	—
	Eau.	50	—

Nouveau traitement curatif des veines variqueuses, par M. Botto.
(Gazetta degli ospedali, nos 4, 5.)

Il s'agit simplement d'exercer une compression sur *deux* points plus ou moins rapprochés de la veine variqueuse, soit au moyen des doigts, soit avec deux bandes circulaires compressives, ce qui est plus facile, après avoir, dans l'une et l'autre alternative, tendu à obtenir le plus de dilatation possible de la veine, en faisant lever le malade. Dans le cas cité, les bandes compressives furent laissées en place du 24 février au 21 mars, puis appliquées de nouveau jusqu'au 6 avril.

Traitement des veines variqueuses par les vésicatoires, par M. Ure.
(The Lancet, 21 mai, et Gazette médicale de Lyon, p. 324.)

M. Ure a employé avec avantage ce mode de traitement pour

remplacer les divers procédés de cure radicale. Il rapporte une observation de guérison par ce procédé.

Rupture sous-cutanée de la veine saphène interne, par M. Bryant. (Gazette hebdomadaire, p. 767.)

Perforation de la veine porte par un abcès, par M. Tungel. (Archives générales de médecine, septembre, p. 343.)

Tumeur sanguine de la voûte du crâne en communication avec le sinus longitudinal, par M. J. Dubois. (Société de chirurgie, 23 novembre.)

Une nouvelle observation de ces singulières tumeurs. Dans le courant de l'année, M. Michaux a envoyé à la Société de chirurgie un exemple de tumeurs érectiles du crâne communiquant avec le sinus longitudinal supérieur.

Fongus hématode, guéri par l'application de la glace. (Bulletin général de Thérapeutique, t. LVII, p. 283.)

Fongus hématode variqueux, par M. Jacquemet. (Moniteur des hôpitaux, p. 11, 46.)

Tumeur érectile. — Emploi du nitrate de potasse, par M. Teilleux. (Bulletin général de Thérapeutique, t. LVII, p. 141.)

Deux cas de guérison de tumeurs érectiles par l'emploi de frictions avec le nitrate de potasse.

Traitement du nævus par les injections de tannin. (The Lancet, et Gazette des hôpitaux, p. 560.)

On fit une petite incision dans la base du nævus, et on se servit pour cela d'un ténotome étroit, que l'on porta dans la tumeur suivant différentes directions, pour rendre plus intime le contact de la solution de tannin avec les tissus. On fit ensuite l'injection, et on laissa la solution séjourner pendant quelques instants. Le sang se coagula immédiatement dans l'intérieur de la tumeur, et celle-ci, qui auparavant était molle, donna la sensation d'un corps parfaitement dur et résistant. Au bout de six semaines, toutes traces de nævus avaient disparu.

Tumeur érectile volumineuse de l'aisselle, par M. Chassaignac. (Société de chirurgie, 21 décembre.)

Jeune fille qui présente dans la région axillaire du côté droit

une tumeur érectile veineuse et des taches cuticulaires disséminées sur toute la surface du corps; le membre inférieur du côté gauche est énorme, comparé à celui du côté droit, dont le volume est normal. — La tumeur érectile était sessile ; M. Chassaignac a passé au-dessous de la tumeur des aiguilles, et au-dessous des aiguilles il a posé une ligature. La tumeur s'est ainsi trouvée pédiculée et elle a été opérée par l'écrasement linéaire et sans effusion de sang.

Tumeur adipo-veineuse du mollet. — Diagnostic difficile. — Extirpation. — Guérison, par M. Legouest. (Gazette hebdomadaire, p. 424.)

Tumeur veineuse de la région postérieure et supérieure de la cuisse gauche, par M. Larghi. (Gazette médicale, p. 831.)

Ecrasement par les pouces. — Perforations et cautérisations successives par le nitrate d'argent. — Conservation de la peau recouvrant la tumeur. — Guérison.

Inflammation du canal thoracique, par M. G. Worms. (Gazette hebdomadaire, p. 279.)

Il s'agit d'un homme de quarante ans, grand, sec, usé par les excès; en suivant la marche de l'affection à laquelle il a succombé, on trouve, comme points principaux : une invasion subite, caractérisée par une violente douleur de l'abdomen, et suivie d'accidents fébriles ; des désordres graves de la circulation veineuse, dont une tuméfaction du bras est la principale expression ; une coloration ictérique très-prononcée de tout le corps, et enfin des accidents d'intoxication générale, de l'amaigrissement rapide, du délire, et la mort survenue brusquement. A l'autopsie, parmi les lésions les plus remarquables, M. Worms a trouvé des caillots obstruant la veine sous-clavière gauche, et une grande quantité de pus remplissant le canal thoracique. Ce conduit était gros comme une plume de corbeau à sa partie supérieure, devenait plus volumineux vers le diaphragme, et se terminait, au niveau du réservoir de Pecquet, par une énorme dilatation aussi remplie de pus. Les parois étaient hypertrophiées, épaisses, opaques, adhérentes au tissu cellulaire périphérique ; sa surface interne était tomenteuse, privée de son épithélium, et présentait, à des espaces rapprochés, de petites plaques rouges ecchymotiques. — Quelques petits lymphatiques afférents renfermaient un peu de pus. — Il n'y avait aucune altération notable dans les autres organes. — Après avoir discuté les rap-

ports qu'il pouvait y avoir entre les symptômes et ces lésions; après avoir montré que le point de départ du pus ne pouvait être que le canal thoracique lui-même, M. Worms en conclut que, dans certains cas, le canal thoracique peut s'enflammer, produire du pus, et que cette inflammation se traduit par les graves phénomènes que nous avons énumérés.

Considérations sur les bubons, par M. Ley.
(Thèses de Paris, nº 242.)

M. Ley s'en tient au sens étymologique du mot *bubon* et comprend sous ce nom tout engorgement aigu ou chronique des glandes lymphatiques du pli de l'aine, quelle qu'en soit la cause.

Hypertrophie générale des ganglions lymphatiques, par M. Caubère.
(Thèses de Paris, nº 119.)

On trouve dans cette thèse une bonne description de cette affection qui ne figure pas encore dans nos traités classiques, mais dont M. Nélaton a fait plusieurs fois le sujet de ses leçons cliniques. — Cette affection, presque toujours généralisée d'emblée, est caractérisée anatomiquement par une hypertrophie simple des glandes lymphatiques, marquée surtout aux régions cervicales, axillaires, inguinales et poplitées. Elle apparaît de trente-cinq à soixante ans, beaucoup plus souvent chez l'homme que chez la femme. Les symptômes auxquels elle donne lieu sont des phénomènes de compression. Son étiologie est mal connue; cependant on la rencontre surtout chez des individus cachectiques, quelquefois chez des scrofuleux, et M. Nélaton a cru remarquer dans quelques cas un rapport entre cette affection et les fièvres paludéennes.

Mémoire sur l'encéphalocèle congénitale, par M. Houel.
(Archives générales de médecine, octobre, p. 409.)

Il n'existe point d'hydrocéphalie arachnoïdienne simple, à l'exception de celle qui succède à l'hémorrhagie méningée. C'est toujours à l'intérieur des cavités ventriculaires que s'accumule le liquide, qui devra plus tard quelquefois faire hernie en dehors de la boîte crânienne. — La hernie aqueuse simple, ou méningocèle de M. Spring, ne me paraît point suffisamment établie par les faits connus; toutes les tumeurs du crâne, dites *aqueuses*, sont donc des encéphalocèles ou des hydrencéphalocèles. — L'état actuel de la science ne permet point encore d'établir d'une manière exacte la relation qui existe entre les encéphalocèles et

les hydrencéphalocèles, mais cette dernière tumeur me paraît néanmoins de beaucoup la plus fréquente. — Le siége des hernies cérébrales dans des points du crâne qui peuvent être déterminés spécialement indique que la cause qui préside à leur formation est pour toutes la même. Ces tumeurs ont toujours été rencontrées dans les points qui correspondent aux cornes cérébrales antérieures, postérieures, inférieures, ou bien au niveau du ventricule du cervelet. Il est tout naturel de supposer qu'elles résultent d'une hydropisie de ces cavités, et cela le plus souvent à une époque rapprochée de la vie embryonnaire. — Il résulte aussi des observations consignées dans ce travail que les hernies frontales et de la base du crâne, sans être aussi communes à beaucoup près que celles de la région postérieure ou occipitale, sont plus communes que ne le supposent la plupart des auteurs. — La forme pédiculée de ces tumeurs avec leur siége est un signe important, qui permet presque à lui seul de les distinguer des autres tumeurs du crâne, qui sont, au contraire, toujours sessiles. — La coloration exceptionnelle des hydrencéphalocèles de la région fronto-nasale, qui leur donne une grande ressemblance avec les tumeurs érectiles, a été considérée par M. Breslau comme résultant d'une anastomose des vaisseaux contenus à l'intérieur du crâne avec ceux de la face. — Les reliefs et les irrégularités de certaines hernies cérébrales, et qui simulent assez bien les circonvolutions du cerveau, sont produits par des points plus résistants de la dure-mère, et en particulier par les sinus. — Le traitement de ces tumeurs, tel qu'il est formulé dans les auteurs classiques, me paraît résulter de ce qu'elles avaient été mal étudiées. Si, dans certains cas exceptionnels, il a été couronné de succès, il expose les petits malades aux plus grands dangers, et il prouve une fois de plus qu'une bonne et sage thérapeutique est basée sur les connaissances anatomo-pathologiques.

Encéphalocèle de la partie postérieure du crâne, par M. Baudot. (Bulletin de la Société anatomique, p. 32.)

Plaie de la région cervicale avec lésion du canal vertébral et écoulement du liquide céphalo-rachidien, par M. Jobert (de Lamballe). (Académie des sciences, 11 juillet.)

Une personne d'une forte constitution reçut un coup de poignard. Le coup fut porté avec violence, l'instrument se brisa près du manche. La base correspondait aux téguments, et la pointe pénétrait dans le canal vertébral. Les gros vaisseaux artériels et veineux ayant été respectés, l'écoulement de sang ne fut pas sérieux ; mais il s'échappa par la plaie oblique des téguments, sans interruption, un liquide séreux, semblable au sérum du sang. Les alèzes, les draps de lit en furent inondés, tant la

quantité perdue chaque jour était considérable. En l'examinant, on constata que c'était du sérum dans lequel nageaient quelques globules sanguins. — Le troisième jour de l'entrée de la malade, le corps étranger put être extrait, et au moment où il fut retiré, il sortit un flot considérable du même liquide. — Pendant toute la durée de la perte du liquide céphalo-rachidien, la malade n'éprouva aucun affaiblissement musculaire, aucune déperdition de la force des contractions musculaires, et aucun changement ne se manifesta dans l'intelligence. — Cette malade ayant succombé à une méningite rachidienne, on trouva les corps des sixième et septième vertèbres cervicales labourés par l'instrument, le disque inter-vertébral intéressé et une piqûre aux feuillets pariétaux des membranes d'enveloppe de la moelle épinière. — Ce fait paraît donc prouver que le liquide céphalo-rachidien n'a pas les usages que Magendie lui avait attribués, et c'est ce que M. Longet par ses expériences avait déjà prouvé.

Effusion par suite de violences externes du liquide céphalo-rachidien, par M. Pirondi. (Académie des sciences, 24 octobre.)

Dans ce fait, observé par M. Pirondi en 1851, il s'agit d'une plaie intéressant le canal vertébral et la moelle épinière. Il s'écoula par la blessure une grande quantité d'un liquide transparent qui n'a pas été analysé. — A l'autopsie, on a constaté que l'instrument du crime avait pénétré entre l'axis et l'atlas, et qu'il avait intéressé la dure-mère sur la ligne médiane. — La moelle épinière était percée de part en part, et le cordon postérieur gauche était peu intéressé, mais le droit l'était tout à fait. — Cette observation, quoique bien présentée, ne peut pas éclairer la science sur les usages du liquide céphalo-rachidien, et ne peut infirmer ni confirmer les expériences de Magendie et de M. Longet.

Blessure du lobe antérieur du cerveau par un grain de plomb. — Séjour de ce projectile. — Guérison. (Gazette des hôpitaux, p. 202.)

Blessure du lobe antérieur du cerveau sans lésion de la parole, par M. E. Martenot. (Gazette des hôpitaux, p. 162.)

Blessure de la colonne vertébrale, par M. Birkett. (Union médicale, t. III, p. 572.)

Plusieurs observations de lésions de la colonne vertébrale.

Des tumeurs emphysémateuses du crâne; par M. Costes. (Bordeaux, imprimerie Gounouilhou ; in-8, 59 pages.)

Les douleurs emphysémateuses à la région temporale dépendent de l'érosion, de l'abrasion, de la destruction de l'apophyse

mastoïde, et sont constituées par de l'air qui occupe dans l'état naturel la cavité du tympan et les cellules mastoïdiennes, et qui s'infiltre sous le péricrâne et dans les mailles du tissu cellulaire ambiant. — Ces affections ne présentent pas de danger réel ; ce n'est que par des complications ou par une temporisation excessive, ou une erreur dans le traitement, qu'elles peuvent acquérir une certaine gravité.

Cas rare de spina-bifida, par M. T. Ancelet.
(Académie des sciences, 24 janvier.)

Il s'agit d'un hydro-rachis, avec épine bifide, que le rapprochement graduel des lames vertébrales, et par suite l'oblitération du pédicule, ont, à une époque assez avancée, réduit à l'état d'un kyste simple, lequel a pu être opéré alors rationnellement et sans danger.

Guérison d'un spina-bifida par des applications de collodion, par M. Behrend. (Archives générales de médecine, août, p. 231.)

Spina-bifida congénital, par M. Huguier.
(Société de chirurgie, 5 octobre.)

M. Huguier présente un jeune enfant atteint de spina-bifida du sacrum, et demande ce qu'il pourrait tenter pour guérir ce vice de conformation, qui, du reste, n'apporte aucun trouble, aucune gêne dans les fonctions. Doit-on, dans ce cas, faire une ponction suivie d'injection iodée ? — M. Boinet est d'avis qu'il faut s'en abstenir ; le kyste paraît avoir une trop large communication avec le canal rachidien ; on s'exposerait à produire une méningite ; il conseille d'employer, dans ce cas, la compression ; elle peut amener la guérison.

Opérations pratiquées, dans les hôpitaux de Londres, pour des cas de spina-bifida. (Archives générales de médecine, avril, p. 493.)

Névrome du nerf optique droit, par M. Duboué.
(Bulletin de la Société anatomique, p. 178.)

Enfant de quatorze ans ; elle n'a jamais vu de cet œil ; elle éprouve des douleurs peu vives et de courte durée. Exophthalmie. — Extirpation. — Phlegmon ; mort. La tumeur se compose de deux parties : l'une est disséminée dans l'orbite ; elle est composée de petites masses rappelant l'aspect de caillots anciens ; l'autre portion est en arrière du globe de l'œil : c'est le névrome adhérent au nerf optique, ayant le volume d'une petite noisette. C'est le premier cas de névrome du nerf optique qui ait été publié.

Espèce particulière de concrétion du sac lacrymal, par **M. Ch. Robin.** (Gazette médicale, p. 584.)

Deux fois, on a trouvé des concrétions du volume d'un pois, de la consistance d'une pâte assez ferme, d'une coloration grisâtre. Elles étaient constituées surtout par les filaments d'un mycélium d'algue ou de champignon, réunis par de la matière amorphe.

Sur quelques points du traitement de la tumeur et de la fistule lacrymales par la cautérisation du sac, par M. Maillard. (Thèses de Paris, nº 30.)

Cure radicale de la tumeur et de la fistule lacrymales par l'occlusion des conduits lacrymaux, par M. Tavignot. (Académie des sciences, 8 août.)

«.... Notre nouveau procédé est plus simple que l'excision palpébrale, que nous avons longtemps employée avec succès, mais qu'il fallut dans quelques cas répéter jusqu'à deux et trois fois. Il consiste à introduire dans chaque conduit lacrymal un stylet de platine pénétrant jusqu'au sac lacrymal, et à chauffer à blanc, avec une pile de Bunsen, les deux petits corps métalliques, qui agissent dès lors comme cautères actuels et en détruisant dans une grande étendue la trame organique qui forme les conduits. L'escarre qui obstrue les conduits s'oppose immédiatement au passage des larmes, et lorsque celle-ci est éliminée, la cicatrice qui s'est formée a oblitéré déjà ces mêmes conduits lacrymaux. »

Tumeur hypertrophique des glandules du sac lacrymal, par M. Richet. (Société de chirurgie, 23 mars.)

C'est la première observation de ce genre. La tumeur a été enlevée avec succès par dissection.

Des kystes lacrymaux (dacryops), par M. Hulke. (Archives générales de médecine, août, p. 227.)

Traitement de l'oblitération du canal nasal par la cautérisation, à l'aide de la chaleur électrique, par M. Restelli. (Gazette médicale, p. 482.)

Bons résultats obtenus par la cautérisation au moyen d'un fil de platine appliqué en guise de séton, et ensuite rougi.

Fistule lacrymale, par M. Magne. (Gazette des hôpitaux, p. 183.)

D'autres méthodes avaient échoué ; oblitération du sac ; guérison.

Epicanthus congénital exigeant des modifications du procédé opératoire, par M. Sichel. (Union médicale, t. IV, p. 35.)

De l'inflammation du bord libre des paupières, par M. Misset. (Thèses de Paris, nº 31.)

Cardage comme moyen curatif des granulations palpébrales, par M. Borelli. (Gazette médicale de Lyon, p. 120.)

La paupière supérieure étant renversée, le chirurgien prend un instrument de la forme d'une petite brosse à dents, mais garni, au lieu de poils, d'une multitude de pointes métalliques fines et aiguës, et il le promène deux ou trois fois, en appuyant fortement, sur la conjonctive malade. Si quelque point soupçonné granuleux se cache dans le cul-de-sac oculo-palpébral supérieur, il y porte un autre instrument semblable, mais à extrémité plus ténue, et l'y fait agir de la même manière. — Une grande quantité de sang inonde à l'instant la joue du malade. — Le *cardage* des granulations sera réitéré tous les deux, trois ou quatre jours, selon le résultat qu'on en obtient pour détruire les granulations.

Phlegmon des paupières, par M. Jamain. (Gazette des hôpitaux, p. 481.)

Une observation montrant que les abcès de la paupière inférieure peuvent fuser le long de la joue, surtout si les tissus sont déjà altérés par une contusion ; — Que la rétraction normale de la peau, écartant les lèvres de la solution de continuité faite pour évacuer le pus, laisse entre les bords de la plaie un espace qui disparaît par la cicatrisation, et que la peau de la paupière étant infiniment plus mobile que celle de la joue, il peut résulter de cette disposition, bien qu'il n'y ait pas de perte de substance, un ectropion qu'il faut éviter ; — Qu'à l'aide soit du rapprochement des paupières, soit de l'élévation de la peau de la joue, ainsi que cela a été fait, on peut prévenir le développement d'un ectropion.

Trichiasis et entropion, par M. Clot-Bey. (Société de chirurgie, 5 octobre.)

Dans cette note, l'auteur se propose d'appeler l'attention sur

certaines formes de trichiasis et d'entropion difficiles à reconnaître, et qui, faute d'attention, ont donné lieu à de graves méprises. La principale source d'erreur tient à ce que les cils déviés sont en petit nombre, ténus et d'une teinte pâle ; il existe plusieurs rangées de cils ou de poils implantés concurremment sur quelques points de la conjonctive ou de la caroncule. En outre, dans quelques cas rares, le trichiasis est masqué par une affection plus apparente, l'entropion, qui attire seule l'attention. Dans ces cas complexes, il faut commencer par traiter l'entropion. Le meilleur procédé opératoire à mettre en usage, c'est l'excision des téguments de la paupière. — M. Clot-Bey a imaginé le procédé suivant pour la cure du trichiasis et du districhiasis. Une cuiller semblable à celle qui termine le manche d'un élévateur ordinaire est engagée entre la paupière et le globe de l'œil. En abaissant le manche de l'instrument, on soulève la paupière ; puis, par deux incisions pratiquées à l'aide d'un bistouri à lame effilée, on cerne les poils vicieusement implantés. Dans la première incision, on rase le bord de la muqueuse en dirigeant la pointe de l'instrument de dedans en dehors. Dans la seconde, on divise le bord cutané en dirigeant le bistouri un peu de dehors en dedans. Avec des pinces à érignes on saisit le petit lambeau compris entre les deux incisions, puis on le résèque assez profondément pour atteindre les bulbes ciliaires. Afin d'atteindre plus sûrement tous les follicules, il est bon de cautériser le fond de la plaie avec le nitrate d'argent.

Traitement du trichiasis, par M. Anagnostakis. (Annales d'oculistique, et Gazette médicale, p. 623.)

« Pour friser les cils déviés, dit l'auteur, j'ai fait construire un petit instrument semblable au fer à friser employé par les coiffeurs. L'une des branches est cylindrique, l'autre cannelée pour recevoir la première. Les deux branches se tiennent écartées au moyen d'un ressort. L'œil étant recouvert d'un morceau de papier légèrement humecté et fendu à son milieu, je fais passer tous les cils de la paupière à travers cette fente semi-circulaire, puis, saisissant le fer, dont les branches sont suffisamment chauffées, je frise tous les cils en haut. Cette manœuvre innocente est répétée de temps en temps, jusqu'à ce que les fils déviés finissent par reprendre leur courbure normale. »

Entropion avec blépharospasme, traité avec succès par la section de la commissure externe des paupières, par M. Delaunay. (Gazette hebdomadaire, p. 39.)

Corps étrangers des paupières, par M. Bonnet.
(Abeille médicale, février.)

Extraction d'un corps étranger au moyen d'une espèce de raquette faite avec un ressort de montre; — analogue du procédé dit *de la bague*.

Moyen facile d'extraire les corps étrangers des paupières, par M. Renard. (Abeille médicale, 2 mai.)

Ce moyen ne s'adresse qu'à ces petits corps étrangers, mobiles, qui s'introduisent si souvent sous la paupière supérieure et sont retenus quelquefois fort longtemps dans le cul-de-sac formé par la réflexion de la conjonctive.— La paupière supérieure étant saisie près de ses angles avec le pouce et l'index de l'une et de l'autre main, on l'attire légèrement en avant et on l'abaisse immédiatement aussi bas que possible sur la paupière inférieure, la maintenant ainsi pendant une minute environ, avec le soin d'empêcher la sortie des larmes. Ce laps de temps écoulé, on laisse reprendre sa position à la paupière supérieure ; un flot de larmes a entraîné le petit corps étranger, et on le retrouve sur le bord libre de la paupière inférieure, ou sur un cil, ou sur la peau de la paupière et de la joue.

Corps étrangers sous les paupières, par M. Moigno.
(Union médicale, t. II, p. 543.)

Ce procédé consiste à laisser l'œil ouvert ; le corps étranger gagne l'angle interne de l'œil, d'où il est facile de l'extraire.

De la section du nerf sus-orbitaire dans le traitement de quelques variétés de spasmes des paupières, par M. A. de Graefe. (Archives générales de médecine, juillet, p. 100.)

L'auteur préconise ce procédé dans certains cas de blépharospasmes très-persistants, à la suite de certaines kératites, de corps étrangers, etc.

Section du nerf sous-orbitaire dans le traitement de quelques variétés de spasmes des paupières. (Bulletin général de Thérapeutique, t. LVII, p. 285.)

Blépharospasme et chloroforme, par M. Mackensie.
(Bulletin général de Thérapeutique, t. LVI, p. 537.)

Une observation de guérison d'une photophobie ancienne avec blépharospasme, traitée par les inhalations de chloroforme.

Blépharoplastie par glissement, faite avec succès, par M. Coursserant. (Gazette des hôpitaux, p. 576.)

Blépharoplastie, par M. Chassaignac. (Société de chirurgie, 3 août.)

Malade chez lequel il y avait symblépharon et ankyloblépharon. L'œil était perdu. On a décollé les paupières d'avec le globe oculaire et bourré la cavité nouvelle avec de la charpie. Un œil artificiel a été placé avant la cicatrisation complète. — Bon résultat.

Blépharoplastie, pratiquée avec succès dans un cas d'ectropion cicatriciel de la paupière supérieure, par M. Julliard. (Société de chirurgie, 31 août.)

Des corps étrangers de la conjonctive et du globe oculaire, par M. Sengel. (Thèses de Strasbourg.)

Des corps étrangers pénétrants de l'œil, par M. Michel. (Thèses de Paris, nº 185.)

Conclusions. — Les corps étrangers peuvent, quoique rarement, s'enkyster et demeurer dans le globe oculaire dans un état d'innocuité parfaite. — C'est dans les humeurs de l'œil, puis dans l'iris, qu'on les voit, le plus souvent, être inoffensifs. — Dans le cristallin, les corps étrangers présentent toujours beaucoup de gravité. — Si le corps est trop profond pour être extrait, il faut s'adresser à l'excision de la cornée ou mieux à l'extirpation de l'œil, qui seules peuvent arrêter les douleurs atroces dont l'œil seul est le siége et le retentissement sur l'œil sain. — Dans quelques cas rares, les corps étrangers, après être demeurés longtemps cachés, peuvent venir se montrer au dehors, ce qui rend leur extraction facile.

Plaie de l'œil et corps étranger dans cet organe, par M. Pamard. (Moniteur des sciences, p. 2.)

Corps étranger volumineux dans l'orbite, par M. Jones. (The Lancet, mars, et Union médicale, t. IV, p. 46.)

Fragment de crayon enfoncé dans le tissu cellulo-adipeux de l'orbite ; débridement et extraction ; aucun accident; la vision est conservée.

Corps étrangers arrêtés dans l'orbite, par M. Demarquay. (Union médicale, t. IV, p. 82, 123.)

Plusieurs observations intéressantes sont rapportées dans cet article.

Tumeur cancéreuse de l'orbite, par M. Ley.
(Gazette des hôpitaux, p. 170.)

Ablation de cette tumeur nécessitant la résection des parois de l'orbite dans toute la partie interne et dans le tiers inférieur et supérieur. — Mort.

Tumeur cancéreuse de l'orbite, par M. Morel-Lavallée.
(Société de chirurgie, 16 février.)

Présentation d'un malade affecté de tumeur cancéreuse de l'orbite. Plusieurs membres de la Société sont d'avis de ne pas faire d'opération dans ce cas grave.

Tumeurs enkystées intra-orbitaires, par M. Demarquay.
(Gazette médicale, p. 717, 730.)

De l'ophthalmie blennorrhagique, par M. Berton.
(Thèses de Strasbourg.)

Ophthalmie granuleuse ou contagieuse (ophthalmie militaire ou des armées, ophthalmie d'Egypte), par M. Ch. Deval. (Bulletin général de Thérapeutique, t. LVII, p. 302.)

Conjonctivite scrofuleuse.—Son traitement à la clinique ophthalmique de Prague. (Clinique européenne; Bulletin général de Thérapeutique, t. LVII, p. 282.)

Traitement des nébuleuses de la cornée, par M. Caffe.
(Journal des Connaissances médicales, juillet.)

Dans les cas d'opacité légère et superficielle de la cornée, M. Caffe emploie avec succès le laudanum de Sydenham, d'abord étendu d'eau, plus tard à l'état de pureté. Quelques gouttes trois ou quatre fois par jour.

Maladies des yeux, traitées par le seigle ergoté, par M. Willenbrand.
(Bulletin de Thérapeutique, t. LVII, p. 94.)

Dans certaines maladies qui paraissent tenir à un défaut de tonicité des vaisseaux, l'auteur emploie le seigle ergoté à la dose de 25 à 30 centigrammes.

De l'ophthalmie dite militaire, par M. Dechambre.
(Gazette hebdomadaire, p. 514, 531.)

M. Dechambre a publié sur ce sujet des articles fort intéressants, dans lesquels il passe en revue les différentes questions que soulève ce point d'ophthalmologie. C'est la critique d'une

discussion qui a eu lieu dans le sein de l'Académie de médecine de Belgique.

Ophthalmie vermineuse chez la femme, par M. Nicouleau, et *Ophthalmie vermineuse*, par M. Lefèvre. (Moniteur des hôpitaux, p. 60 et 170.)

Ophthalmie lépreuse (*lèpre tuberculeuse*), par M. Hursch. (Gazette hebdomadaire, p. 442.)

Une observation ; la maladie s'est développée spontanément.

Traitement des ophthalmies des nouveau-nés, par M. Foucher. (Moniteur des sciences, p. 253.)

Pr. Clycérine. . . . . 30 grammes.
Nitrate d'argent.. . . . 10 à 20 centigrammes.

On commence par nettoyer l'œil au moyen d'une injection d'eau froide contenant un quinzième de chlorure de soude du Codex; puis on applique une goutte du collyre ci-dessus, à l'aide d'un petit pinceau à aquarelle, à la surface interne des paupières.

Guérison du pannus par l'inoculation blennorrhagique, par M. Torri. (Gazette médicale, p. 799.)

Atrophie partielle de la conjonctive, par M. Cusco. (Académie des sciences, 2 mai.)

Image photographique représentant un exemple d'*atrophie partielle de la choroïde.* On reconnaît sur cette planche, qui reproduit la pièce avec un grossissement de 2 diamètres et demi, une large portion de la choroïde où manquent à la fois les vaisseaux et le pigment, et où l'on voit la sclérotique par transparence.

Causes des kératites, par M. Castorani. (Académie des sciences, 3 janvier.)

L'auteur croit pouvoir admettre : — 1° Que les diverses affections de la cornée réunies sous la dénomination générale de *kératite suppurative* sont produites par la pénétration dans la cornée des sécrétions anomales de la conjonctive ; cette pénétration a pour effet de ramollir la cornée et en même temps de la rendre opaque ; — 2° Que, lorsque la cornée est vasculaire, les vaisseaux n'en altèrent pas les tissus; mais au contraire le

ramollissement et l'opacité, quand ils existent, sont toujours l'effet de l'imbibition ; — 3° Que l'ulcère de la cornée est occasionné par le frottement des paupières et par l'écoulement des sécrétions anomales et des larmes sur la partie de la membrane devenue molle et opaque.

Kératite double. — Guérison rapide, par M. Hiard.
(Gazette des hôpitaux, p. 291.)

Guérison par les émissions sanguines, les révulsifs, les purgatifs et le calomel qui a produit une stomatite.

Kératite gangréneuse, par M. Posta. (Gazette médicale, p. 833.)

Conjonctivite diphthéritique, par M. Mackensie.
(Gazette médicale, p. 753 et 800.)

Pour l'auteur, la conjonctivite diphthéritique n'est jamais essentielle; elle est toujours symptomatique.

Du kératome, par M. Nélaton. (Gazette des hôpitaux, p. 299.)

Sous cette dénomination, M. Péan rapporte une observation de tumeur de la cornée. Aprés les symptômes de kératite, on voit dans la chambre irido-cornéenne se développer une masse d'un aspect grisâtre, purulent, s'avançant au-devant de l'iris, déformant la pupille. Vascularisation de la sclérotique et plus tard atrophie de l'œil; marche rapide. Le tissu ressemble à celui de la cornée, avec lequel il se continue. — M. Nélaton a enlevé la moitié antérieure seulement du globe oculaire, dans le but de laisser un moignon.

De l'iritis, par M. Delbousquet. (Thèses de Strasbourg.)

Iris et symptômes de l'iritis, par M. Delbourg.
(Thèses de Paris, n° 247.)

Traitement de l'iritis aiguë ou chronique par la méthode des ponctions kérato-iriennes, par M. Tavignot. (Union médicale, t. IV, p. 152.)

L'auteur a retiré de bons effets de la ponction pratiquée de la manière suivante, avec une aiguille particulière : Les paupières étant écartées et l'œil dirigé en dedans, le chirurgien, armé de l'aiguille dont la concavité regarde en dehors, traverse trés-rapidement la circonférence externe de la cornée, à 4 ou 5 millimètres de son union avec la sclérotique. — L'aiguille, sous l'influence d'une impulsion graduée et continue, traverse bien vite la chambre antérieure et atteint l'iris, qui est traversé à son tour. Avant que

l'instrument ait pu dépasser de beaucoup sa face postérieure, — chose importante, si l'on veut éviter la lésion de la capsule antérieure du cristallin,—il se trouve arrêté dans sa progression par le collet qui existe vers la base du fer de lance. — L'aiguille est dégagée de l'œil avec rapidité ; il suffit de lui imprimer un mouvement de retrait opposé à celui qui a provoqué son introduction.

Absence de l'iris et du cristallin, par M. Chassaignac. (Société de chirurgie, 29 juin.)

Homme qui, en 1842, a reçu à l'œil un coup d'ongle ; on en voit encore la trace sur la cornée et la sclérotique ; à la suite de cet accident, l'iris et le cristallin se sont résorbés. Le malade ne peut lire, mais distingue les doigts et voit encore assez clair pour se conduire. La pupille occupe toute la largeur de la cornée ; on ne voit pas trace d'iris, et les milieux de l'œil sont transparents. Si l'on place au devant de cet œil le petit miroir de l'ophthalmoscope, on distingue très-bien les vaisseaux de la rétine, sans qu'il soit nécessaire d'employer la loupe ; enfin, si l'on met une bougie au devant de l'œil, on ne retrouve plus que la première image droite, celle qui se forme sur la cornée ; les deux autres ont disparu, ce qui indique l'absence du cristallin.

Plaie de la cornée, de l'iris, de la capsule cristalline. — Cataracte, par M. Magne. (Gazette des hôpitaux, p. 576.)

Pupille accidentelle par décollement, par M. Morel-Lavallée. (Société de chirurgie, 10 août.)

Homme ayant reçu sur l'un des yeux un coup de sarbacane d'une hauteur de 18 pieds ; l'iris est décollé à sa partie inférieure et externe ; il en est résulté deux pupilles à l'aide desquelles la division est également possible ; mais l'iris est très-affaibli, car le malade ne distingue avec cet œil que les objets un peu volumineux ; cependant, le cristallin paraît intact, car l'on peut voir à travers chaque pupille l'image renversée ; toutes deux se dilatent sous l'influence de la belladone, et alors elles semblent séparées l'une de l'autre par une sorte de pont extrêmement étroit.

Corps étranger dans l'œil pris pour une procidence de l'iris. — Rectification du diagnostic. — Extraction. — Guérison, par M. Rivaud-Landrau. (Gazette médicale de Lyon, p. 140.)

Ireddesis, ou formation d'une pupille artificielle en nouant l'iris, par M. Critchett. (Gazette hebdomadaire, p. 733.)

Le but de ce procédé opératoire est d'obtenir une pupille qui

réagisse à la lumière, les fibres de l'iris étant coupées régulièrement sous forme circulaire. Dans ce but, après avoir fixé l'œil, M. Critchett fait avec une large aiguille, sur le bord de la cornée, une ouverture suffisante pour laisser passer un serre-tête (*cannula forceps*), avec lequel on saisit un morceau de l'iris, non loin de ses attaches ciliaires, pour le faire saillir en dehors, puis l'étreindre avec un nœud coulant de soie plate, préalablement adapté lâchement à l'instrument.

Hydrophthalmie staphylomateuse de l'œil gauche. — Amputation. — Emploi du perchlorure de fer, par M. Coursserant. (Gazette des hôpitaux, p. 124.)

Traitement du staphylome de la cornée par la ligature, par M. Ancelon. (Société de chirurgie, 24 août.)

Rapport de M. Guérin sur un mémoire de M. Ancelon. (Voir l'*Annuaire*, t. II, p. 377.)

Iridectomie (excision de l'iris), par M. Coursserant. (Gazette des hôpitaux, p. 415 et 420.)

On rapporte trois observations, dans lesquelles l'excision de l'iris a fait cesser des douleurs tenant à des glaucomes ; la vision a été améliorée.

De l'affection glaucomateuse et de son traitement par l'excision de l'iris, par M. de Graefe. (Union médicale, t. II, p. 327, 364.)

Tumeur fongueuse ou vasculaire de l'iris. — Son ablation par la ligature. — Retour de la vision, par M. Valley. (Bulletin général de Thérapeutique, t. LVII, p. 430.)

Ophthalmies internes, signes de la congestion choroïdienne. (Bulletin général de Thérapeutique, t. LVII, p. 42.)

De la choroïdite syphilitique, par M. A. Schulze. (Thèses de Paris, n° 46.)

Bien que M. Schulze n'ait pas traité la question d'une manière complète, nous ne saurions trop louer l'esprit qui a présidé à la rédaction de sa thèse. Il cherche, en effet, à établir que le diagnostic de la choroïdite syphilitique peut se faire à l'aide de l'examen local de l'œil à l'ophthalmoscope, ou, en d'autres termes, que la syphilis (altération générale) imprime à la choroïdite (altération locale), qui est sous sa dépendance, un cachet spécial. — Quatre observations à l'appui.

De la choroïdite postérieure, par M. Sichel.
(Gazette des hôpitaux, p. 332.)

Cécité consécutive à une saignée, guérie par l'iridectomie.
(Gazette médicale de Lyon, p. 581.)

De l'opération de la pupille artificielle, par M. Müller.
(Thèses de Strasbourg.)

Recherches sur la cataracte, par M. B. Dubarry.
(Thèses de Paris, nº 129.)

Cette remarquable thèse est divisée en deux parties. La première est consacrée à l'étude de la cataracte lenticulaire et de la cataracte capsulaire. La seconde est intitulée : *De l'influence des lésions choroïdiennes sur les opacités séniles du cristallin.* — M. Dubarry s'est proposé d'établir la valeur précise du diagnostic de la cataracte au moyen de l'ophthalmoscope et de constater quelle pouvait être l'influence des altérations oculaires sur l'état du cristallin. — De la coexistence constante de certaines altérations des membranes de l'œil, il croit pouvoir arriver à une nouvelle pathogénie de cette affection. Il cherche à établir : 1º le point de départ précis des diverses opacités du cristallin, leur fréquence relative et les causes d'erreur auxquelles elles peuvent donner lieu sur le vivant ; 2º que les altérations séniles du cristallin sont constamment des lésions secondaires, subordonnées à des altérations plus ou moins profondes de la choroïde ; 3º que ces lésions de la choroïde retentissent, tantôt sur le cristallin seul, tantôt sur le corps vitré, tantôt sur ces deux parties à la fois; 4º que l'existence de ces affections doit souvent guider le chirurgien dans le choix des opérations applicables à la cataracte ; 5º que c'est à cette coexistence très-fréquente que, le plus souvent, on doit attribuer soit l'imperfection de la vision après les opérations en apparence les mieux réussies, soit ces anomalies consécutives, signalées par tous les chirurgiens, d'individus offrant une portée de vision normale ou même myopes, lorsque la nature de l'opération subie semblait devoir les vouer fatalement à la presbyopie. Les conclusions données par M. Dubarry résultent d'un très-grand nombre d'observations rédigées et appuyées de pièces anatomiques, prises dans le service de son maître, M. Cusco. Voici les principales : — De même que l'apoplexie et le ramollissement du cerveau, liés à la dégénérescence des vaisseaux présentent des périodes de repos et de recrudescence, de même on voit la cataracte rester stationnaire et progresser alternativement. — Quand elle est arrivée au point de créer la cataracte, l'altération choroïdienne n'est nullement guérie par le fait de l'opération sur le cristallin. — L'atrophie avec dépigmentation de la choroïde donne

la raison de la sensibilité extrême de l'œil à la lumière vive, chez la plupart des vieillards et particulièrement chez ceux opérés de la cataracte. — Parfois l'opération devient l'excitant de l'affection choroïdienne ; c'est dans ce cas qu'on observe un ramollissement du corps vitré et une myopie, bien que le cristallin ne se trouve plus sur le trajet des rayons visuels. — Il y a une grande tendance de l'économie à se suffire à elle-même : après un temps plus ou moins long, la réfringence des milieux s'accroît ; la presbyopie disparaît assez souvent et parfois même est remplacée par un état contraire ; il ne faut donc pas se hâter de donner des lunettes convexes aux opérés de cataracte, mais bien des conserves colorées pour les préserver de l'impression trop vive de la lumière. — Après soixante ans, l'immense majorité des cristallins présente des traces plus ou moins prononcées de cataracte. — Il faut chercher dans la douleur que produit la lumière vive sur la choroïde atrophiée la raison pour laquelle les cataractés recherchent la demi-obscurité : l'observation des faits et le siége des opacités sont contraires à l'explication généralement admise de ce phénomène. — En guérissant les phlegmasies oculaires concomitantes et en évitant toute fatigue prolongée des yeux, on peut maintenir des cataractes stationnaires pendant des années. — Les topiques, l'électricité sont nuisibles, en raison des congestions qu'ils déterminent (M. Cusco a vu un jeune homme atteint de scléro-choroïdite postérieure chez lequel l'application de l'électricité a suffi pour développer presque subitement une double cataracte). L'atrophie choroïdienne est liée à une altération vasculaire profonde, le plus souvent étendue à d'autres organes, comme le cerveau et le poumon. — La thérapeutique générale consiste à entretenir les grandes fonctions de l'économie, à surveiller et diriger les flux sanguins et les exutoires.

Cataracte chez un jeune enfant. — Division de la capsule. — Guérison, par M. Gagnon. (Progrès, p. 588.)

Cataracte traumatique, par M. Bosia. (Moniteur des sciences, p. 10, 21.)

Nouvel instrument pour comprimer l'œil pendant l'extraction de la cataracte, par M. Salomon. (Med. Times and Gazette, et Gazette médicale, p. 61.)

Il se compose d'une petite cupule d'un métal léger, d'argent, par exemple, et devant jouer le rôle d'un dé à coudre ; cette cupule est découpée en quatre petites branches élastiques pour s'adapter au médius de la main droite. Du centre de la convexité de cette cupule part une tige courbée d'un demi-pouce de longueur,

terminée par un bouton de forme ovalaire, et transversalement dirigé.

Galvano-caustique appliqué à la guérison de la cataracte, par M. Tavignot. (Académie des sciences, 17 octobre.)

Hémorrhagie intra-oculaire, consécutive à l'opération de la cataracte par extraction. (Gazette médicale de Lyon, p. 450.)

Nouveau cas d'hémorrhagie assez considérable pour produire les accidents généraux des hémorrhagies abondantes. — Inflammation très-violente et atrophie du globe oculaire. — L'attention des ophthalmologistes a surtout été appelée sur cet accident par les travaux de M. White Cooper et de M. Rivaud-Landrau, publiés dans la Gazette médicale de Lyon, 16 octobre 1858. Mais il existe entre ces deux auteurs une divergence complète au sujet du mécanisme qui donne lieu à l'hémorrhagie. M. Rivaud-Landrau croit que l'effusion sanguine résulte de ce que l'humeur vitrée, en sortant, déchire les vaisseaux qui vont de l'hyaloïde à la choroïde. M. White Cooper, au contraire, attribue la sortie de l'humeur vitrée à l'effusion du sang, laquelle, selon lui, ne jouerait pas, comme pour M. Rivaud-Landrau, le rôle de conséquence, mais bien celui de cause.

Du kystotome. — Curette dans l'extraction de la cataracte par le procédé linéaire, par M. A. Desmarres. (Gazette des hôpitaux, p. 523.)

Opération de la cataracte par abaissement et par broiement, par M. Pétrequin. (Gazette médicale, p. 623.)

Extraction linéaire accidentelle, par M. Quadri. (Gazette médicale, p. 623.)

Blessure de l'œil ; issue d'une cataracte par cette plaie accidentelle. — Guérison.

Procédé pour l'extraction de la cataracte, par M. Reinhold Lœwenhardt. (Gazette hebdomadaire, p. 106.)

L'auteur, pour éviter l'introduction d'instruments dans la chambre antérieure, se contente d'inciser la capsule par une section en croix, en pénétrant avec l'aiguille de Jacob dans le tiers inférieur de la cornée. Il ne s'écoule que peu d'humeur aqueuse et c'est alors seulement qu'il procède à la section de la cornée.

Déchatonnement spontané du cristallin, par M. Coursserant. (Gazette des hôpitaux, p. 224.)

Triple opération de cataracte, par M. Magne. (Gazette des hôpitaux, p. 15.)

Cas de cysticerque cellulosæ dans l'humeur vitrée, par M. A. de Graefe. (Union médicale, t. III, p. 271.)

Le malade éprouvait depuis longtemps déjà un grand trouble dans la vision, surtout dans la vue excentrique. A l'examen ophthalmoscopique, on découvrit dans l'humeur vitrée une membrane flottante derrière laquelle se trouvait une masse luisante, réfléchissant la lumière. Les mouvements particuliers de cette membrane et l'apparition de la tête et du col établirent le diagnostic. L'opération fut pratiquée en deux temps. Une portion de l'iris fut d'abord excisée et le cristallin extrait. Six semaines après, une incision linéaire de la cornée permit d'extraire l'animal très-facilement; il a vécu encore quatre heures après sa sortie. Les suites de l'opération étaient très-simples et la vue, quoique faible encore, allait en s'améliorant. L'extraction est urgente; car, à l'exception des cas rares dans lesquels l'animal est comme enkysté, l'œil se perd tôt ou tard.

Médication électrique dans certaines affections de l'appareil oculaire, par M. Boulu. (Union médicale, t. IV, p. 426.)

L'auteur a retiré de bons résultats surtout dans les paralysies de la rétine et des paupières. — Ce procédé, d'une application simple, facile et sans danger pour les malades, consiste dans l'introduction sous la paupière d'une ou deux aiguilles mousses très-fines, qui électrisent directement l'appareil oculaire.

Blessure grave de l'œil gauche. (Annales d'oculistique, janvier.)

L'auteur cite deux observations dans lesquelles on voit l'œil non blessé se perdre, tandis que l'œil blessé arrivait à une guérison plus ou moins complète.

Affections oculaires peu communes, par M. J. Windsor. (Gazette des hôpitaux, p. 234.)

Diplopie du côté droit chez un jeune enfant, par M. Gouriet. (Gazette des hôpitaux, p. 370.)

Paralysie commençante des membres du même côté. — Traitement par l'iodure de potassium. — Guérison.

Presbytie temporaire, par M. Retsin.
(Moniteur des hôpitaux, p. 227.)

Elle s'est développée chez un enfant pendant le cours d'une fièvre intermittente, avec macropie et micropie successives et intermittentes.

Amauroses et affections diverses de la vision, sympathiques de désordres dentaires, par M. Hancock. (The Lancet, janvier, et Gazette hebdomadaire, p. 524.)

L'auteur a observé des affections diverses, sympathiques de désordres dentaires, tels que le resserrement spasmodique des mâchoires, le torticolis, le strabisme, le *ptosis* de la paupière supérieure, l'amaurose.

Amblyopie presbytique, guérie par l'excision du prépuce, par M. Agnostaxis. (Bulletin général de Thérapeutique, t. LVII, p. 40.)

De l'insolation de l'œil dans le traitement de quelques affections de cet organe, par M. Max. Langenbeck. (Archives générales de médecine, novembre, p. 608.)

Lorsque la pupille est obstruée par des exsudats opaques ou par des fragments d'un cristallin atteint de cataracte, M. Langenbeck emploie l'action directe des rayons solaires concentrés par un système de lentilles convergentes : c'est ce que l'auteur désigne sous le nom d'*insolation de l'œil.*

Affections syphilitiques des yeux, par M. de Graefe. (Extr. de Deutsche Klinik, 1858, nº 21 ; Archives générales de médecine, mars, p. 347.)

L'auteur passe en revue la choroïdite, l'amaurose, la paralysie des muscles, etc.

Amaurose cérébrale.—Ses principales espèces.—Amaurose syphilitique, par M. Sichel. (Gazette médicale, p. 424.)

Amaurose nerveuse traitée par la santonine, par M. Terzi.
(Bulletin général de Thérapeutique, t. LVII, p. 280.)

Chez un homme de trente ans, lymphatique, amaurotique, sans aucun signe de congestion oculaire, trois grains de santonine administrés quotidiennement et pendant vingt jours dissipèrent peu à peu la mydriase, et ramenèrent la mobilité de l'iris et la sensibilité à la lumière. Encouragé par cette amélioration

considérable de son état, le malade reprit la santonine, qui continua la guérison.

Amaurose guérie par l'emploi de l'électricité d'induction. (Bulletin général de Thérapeutique, t. LVII, p. 39.)

Traitement mécanique de la myopie, par M. Foltz. (Gazette médicale, p. 87.)

Après avoir fait ressortir l'insuffisance du traitement par les lunettes et avoir rappelé les conditions anatomiques et physiologiques de la myopie, l'auteur propose de remédier à cette infirmité en opérant l'aplatissement de la cornée, par l'intermédiaire des voiles palpébraux, et au moyen d'une manœuvre très-simple, qui consiste à tirer les paupières en dehors vers l'angle externe de l'œil, après en avoir opéré le clignement. D'après M. Foltz, non-seulement cette manœuvre permet aux myopes de mieux distinguer, au moment où on la pratique, les objets éloignés sur lesquels l'œil se fixe; mais si on la renouvelle souvent, elle peut diminuer d'une manière durable la convexité de la cornée, et, de simple moyen palliatif, passer à l'état de moyen curatif de la myopie.

Des maladies des yeux chez les enfants, par M. A. Leroy. (Thèses de Paris, n° 18.)

Valeur séméiologique des troubles de la vision dans l'albuminurie, par M. L. Rolland. (Moniteur des hôpitaux, p. 151, 156.)

L'auteur rapporte deux observations de troubles de la vision, se montrant au début de l'albuminurie et servant au diagnostic de cette affection.

Héméralopie, observée en Limousin sous diverses formes, sporadique, endémique et épidémique, par M. Bardinet. (Moniteur des hôpitaux, p. 286.)

Dans ce mémoire, l'auteur cite un certain nombre d'observations et les fait suivre de remarques sur le traitement, dans lesquelles il analyse les travaux récents publiés sur ce sujet. — M. H. de Castelnau regrette avec juste raison que l'ophthalmoscope n'ait pas encore été employé dans l'étude de cette affection.

Héméralopie sporadique, par M. Ricordeau. (Gazette des hôpitaux, p. 410.)

Une observation d'héméralopie nerveuse sous l'influence de la

réverbération des rayons lumineux produits par la blancheur de la chaux vive; guérison rapide que l'auteur attribue surtout à la cessation de la cause.

Héméralopie symptomatique, par M. E. Vallin. (Moniteur des hôpitaux, p. 581.)

Un grand nombre de malades ont été atteints d'héméralopie symptomatique du scorbut. M. Vallin en cite quatre observations comme exemples.—A ce propos, il rappelle que, pendant la campagne de Crimée, le scorbut sévit cruellement sur nos troupes, et que, au dire de nos soldats, le symptôme qui les fatiguait le plus était l'héméralopie.

Héméralopie. — Sa fréquence relative en France et dans les pays septentrionaux, par M. Barre. (Gazette des hôpitaux, p. 422.)

Strabisme de l'œil droitl.—Bessure et perte de l'œil gauche.—Guérison du strabisme, par M. Colson. (Gazette hebdomadaire, p. 456.)

L'enfant fut obligé de se servir de l'œil droit, et cet organe non-seulement se redressa, mais encore acquit les fonctions qui lui manquaient auparavant. Le petit malade était borgne, mais il pouvait voir et lire de l'œil droit, ce qu'il n'avait jamais fait. — M. Colson infère de là que si l'on pouvait condamner chez les strabiques l'œil le plus fort pendant deux ou trois mois à l'obscurité, on les guérirait certainement de leur strabisme, sans employer aucun autre moyen de traitement.

Préparation de phosphore contre les paralysies des muscles de l'œil, par M. Tavignot. (Bulletin de Thérapeutique, t. LVII, p. 456.)

Variété très-rare de tumeur de l'orbite (tumeur ostéo-fibro-cartilagineuse enkystée) extirpée avec succès, par M. Fano. (Union médicale, t. III, p. 537.)

Sueurs localisées aux paupières, par M. de Graefe. (Archives de Graefe, t. IV, p. 254, et Archives générales de médecine, août, p. 226.)

Quatre exemples très-caractérisés: les paupières, à leur face cutanée, sont un peu rouges, recouvertes constamment d'une couche de liquide, qui se reproduit avec la plus grande facilité. D'abord limpide, le liquide se trouble bientôt; il s'échappe par de petits orifices et forme des gouttelettes. — Conjonctivite consécutive, et ulcérations du bord des paupières. Le traitement

par les solutions astringentes pallie les accidents, mais ne guérit pas la maladie.

Tumeur et fistule lacrymales, par M. Auzias-Turenne. (Paris, imprimerie Bailly; in-8, 15 pages.)

Du mydriasis congénial, par M. Sichel. (Gazette hebdomadaire, p. 308.)

Leçons sur l'application de l'ophthalmoscope au diagnostic des maladies de l'œil, par M. Follin, recueillies par M. Doumic. (Paris, L. Leclerc; in-8, VI-117 pages.

La première leçon est consacrée à l'historique de l'ophthalmoscope et à la description de cet instrument et de ses principales variétés. — La deuxième et une partie de la troisième sont employées à décrire les conditions nécessaires à l'examen de l'œil, et à exposer ces mille petits détails qui ne sont rien pour celui qui sait, mais qui arrêtent souvent et découragent même celui qui ne sait pas encore. — La cataracte à son début, l'existence des cysticerques et autres parasites plus rares, sont facilement diagnostiquées, grâce à l'ophthalmoscope. — Les lésions de la choroïde sont étudiées avec beaucoup de soin : la choroïdite congestive, la choroïdite exsudative, qui souvent est la terminaison de la première, et enfin la choroïdite atrophique. — Les lésions de la rétine sont traitées dans la cinquième leçon, et le glaucome termine la série, en occupant à lui seul la sixième. Parmi les altérations de la rétine que l'ophthalmoscope nous fait le plus nettement diagnostiquer, M. Follin décrit avec détails celles qui sont la conséquence de l'albuminurie et qui peuvent en devenir le symptôme pathognomonique.

De l'étude des maladies profondes de l'œil à l'aide de l'ophthalmoscope et des phosphènes, par M. Follet. (Amiens, imprimerie Herment; in-8, 22 pages.)

Théorie de l'ophthalmoscope. — Mécanisme de l'instrument. (Gazette médicale, p. 99, 120.)

Observations ophthalmologiques, par M. Doumic. (Union médicale, t. III, p. 344.)

L'auteur rapporte trois observations de congestions de la choroïde, dans lesquelles le diagnostic a été établi grâce à l'ophthalmoscope.

Emploi de l'ophthalmoscope. — Apoplexie de la rétine, par M. Bosia. (Gazette des hôpitaux, p. 173.)

Observations d'ophthalmologie clinique, par M. C. Mahieux. (Moniteur des hôpitaux, p. 145.)

Contre-indications de l'emploi de l'ophthalmoscope, par M. Wehle. (Echo médical suisse, juillet.)

Dans quelques cas, l'ophthalmoscope exagère tous les symptômes et aggrave la maladie ; c'est surtout dans les cas d'inflammation de la choroïde et de la rétine.

Dangers de l'examen de l'œil à l'ophthalmoscope, par M. Desmarres. (Gazette des hôpitaux, p. 265.)

Une femme de soixante-six ans, atteinte d'un glaucome complet de l'œil droit, avait une névralgie frontale droite. L'œil gauche paraissait et accomplissait ses fonctions ; cependant l'examen ophthalmoscopique démontra qu'il était atteint de la forme optique du glaucome décrite par M. E. Heger. Quelques médecins examinèrent ensuite la malade avec précaution, et elle ne se plaignit ni de fatigue ni d'éblouissements après l'examen. Mais, dès le soir même, l'œil gauche devint douloureux, et une névralgie semblable à celle du côté droit se montra pour la première fois à gauche. Le lendemain et le surlendemain, les douleurs deviennent intolérables. La malade revient à la clinique, et on constate tous les signes d'un glaucome aigu. — M. Desmarres attribue la cause occasionnelle de cette affection à l'examen ophthalmoscpoique.

Inflammation chronique de la membrane du tympan, par M. Kramer. (Gazette hebdomadaire, p. 381.)

Cette affection est très-fréquente ; elle ne peut être guérie que par des soins minutieux (injections d'eau et injections astringentes, pratiquées tous les jours avec la plus grande attention ; révulsifs sur les apophyses mastoïdes dans quelques cas).

Gousse d'ail dans l'oreille. — Extraction par les injections forcées, par M. Fabre. (Gazette des hôpitaux, p. 224.)

Cathétérisme de la trompe d'Eustache, par M. Philippeaux. (Gazette médicale de Lyon, p. 442.)

L'auteur montre les avantages du cathétérisme pratiqué à

l'aide des cathéters à boule, pour remédier aux surdités produites par l'obstruction de la portion pharyngienne de ce canal.

Auscultation appliquée au diagnostic des maladies de l'oreille, par M. Menière. (Gazette médicale, p. 333.)

Cet article a pour but de démontrer que l'auscultation n'a aucune valeur pour le diagnostic des affections de l'oreille.

Ankylose de l'étrier comme cause de surdité, par M. Erhard. (Gazette medicale, p. 509.)

Dissection des oreilles de deux malades atteints de surdité, par M. Gellé. (Bulletin de la Société anatomique, p. 114.)

Inflammation de l'oreille externe et de l'oreille interne chez les enfants, par M. W. Melchior. (Gazette médicale, p. 10.)

L'auteur examine l'influence de cette affection sur la production de la surdité, de la surdi-mutité ou des affections cérébrales mortelles provenant de cette cause.

Otite purulente interne droite, par M. Zandyck. (Gazette médicale de Paris, p. 579.)

Abcès à la région mastoïdienne du même côté; symptôme d'encéphalo-méningite aiguë; abcès à la partie postérieure du ventricule latéral droit, méningite ventriculaire du même côté; lésions non soupçonnées pendant la vie.

Le tuyau diagnostique et les maladies de l'oreille moyenne, par M. Kramer. (Gazette médicale, p. 589.)

Un tuyau en caoutchouc est introduit, par l'une de ses extrémités un peu effilée, dans le conduit auditif externe du malade, — par l'autre extrémité, dans celui du médecin. Si, dans cette position, on fait par un cathéter une insufflation dans l'oreille moyenne du malade, on perçoit les différents bruits que produit l'arrivée ou la non-arrivée de l'air.

De l'inversion du testicule, par M. Royet. (Paris, Méquignon-Marvis; in-8, 59 pages et planche. — Société de chirurgie, 7 décembre.)

Il n'est pas excessivement rare de voir des malades affectés d'épididymite blennorrhagique et chez lesquels la tumeur la plus dure, au lieu d'être située à la partie postérieure, comme cela a

lieu dans le plus grand nombre de cas, est au contraire placée en avant. Dans les cas de ce genre, il y a changement dans la position des deux organes : le testicule, dont on constate ordinairement la présence en avant, est en arrière, et l'on trouve en avant la dureté caractéristique formée par l'épididyme. C'est là la disposition à laquelle on a donné le nom d'*inversion* du testicule. Ici encore le canal déférent n'est pas à sa place accoutumée, c'est-à-dire à la partie postérieure du cordon spermatique et enveloppé par les veines et les artères ; des doigts un peu exercés le rencontrent facilement à la partie antérieure de ce cordon et faisant suite à l'épididyme que l'on trouve engorgé à la partie antérieure et inférieure. — Evidemment, il y a là une ectopie congéniale qui a longtemps échappé aux observateurs, probablement parce qu'elle est difficile à reconnaître à l'état sain, mais que l'on constate avec la plus grande facilité lorsque l'on a affaire à l'engorgement épididymaire, puisqu'il y a exagération dans la consistance des tissus, et que l'on peut mieux apprécier les rapports des parties à travers les téguments des bourses. — M. Royet distingue et décrit cinq espèces d'inversions : 1° antérieure ; 2° latérale ; 3° supérieure ; 4° en fronde ou en anse ; 5° mobile ou changeante. — L'auteur s'est appliqué à la détermination de tous les signes au moyen desquels il est possible d'apprécier la position relative du testicule et de l'épididyme, et voici la conclusion à laquelle il est arrivé, après avoir passé en revue onze ou douze caractères susceptibles de mettre sur la voie de cette disposition anormale : « Tous les caractères que je viens de passer en revue, dit-il, ne se rencontrent pas sur le même sujet ; mais il y en a toujours assez pour déterminer la position de l'épididyme, et dans toutes les affections du testicule (orchite, hydrocèle, testicule vénérien) qui se sont présentées à nous depuis le commencement de nos recherches, nous avons vu poser le diagnostic... » — La seule inversion qui, pratiquement parlant, soit utile à connaître, c'est l'antérieure ; elle nous intéresse à deux points de vue : d'abord, parce que c'est la plus fréquente de toutes ; et ensuite celle qui doit amener le plus d'accidents, parce que c'est en avant que le chirurgien porte le plus souvent le bistouri.

Orchite et épididymite chronique (manifestations aiguës) chez un vieillard de quatre-vingts ans, par M. Laborde. (Gazette médicale, p. 468.)

De l'oreillon survenant dans l'orchite blennorrhagique, par M. Billoir. (Gazette hebdomadaire, p. 617.)

L'auteur rapporte une observation de fluxion parotidienne,

fugace et passagère, qui s'est développée dans le cours d'une orchite blennorrhagique.

Orchite blennorrhagique, par M. Diday.
(Gazette hebdomadaire, p. 635.)

M. Diday conteste à l'orchite décrite par M. Billoir les caractères de l'orchite blennorrhagique ; pour lui, ce n'était qu'une orchite simple.

De l'orchite aiguë, par M. Zoucas. (Thèses de Paris, n_o 90.)

De l'orchite blennorrhagique aiguë, par M. Bachelot.
(Thèses de Paris, nº 159.)

Sur l'orchite blennorrhagique et son traitement,
par M. Forget (Bulletin de Therapeutique, t. LVII, p. 535.)

Epidémie d'orchite catarrhale à l'Hôtel-Dieu Saint-Jacques, de Toulouse, par M. Desbarreaux-Bernard. (Journal de médecine de Toulouse, août.)

Pendant le cours d'une épidémie de fièvres catarrhales, alors que les oreillons donnaient à la maladie régnante un cachet particulier, on vit survenir tout à coup un certain nombre d'orchites. L'engorgement testiculaire avait été précédé chez tous ces malades des symptômes de l'affection régnante : courbature, fièvre, inappétence, empâtement de la langue, constipation ou diarrhée, etc. Les phénomènes locaux étaient les suivants : 1° douleur en général peu vive, et bien loin de présenter l'intensité et le caractère térébrant de l'orchite blennorrhagique, ne consistant le plus souvent que dans un sentiment de gêne et de pesanteur qui s'irradiait dans les aines ou vers le périnée ; 2° gonflement modéré, mais offrant cela de remarquable qu'il affectait plutôt la forme globuleuse que la forme ovoïde, caractère qui avait son importance au point de vue du diagnostic différentiel ; 3° les autres phénomènes de l'inflammation, la chaleur et la rougeur, étaient à peine accentués. — Ces orchites se sont produites sur des individus d'âges très-différents (depuis douze jusqu'à soixante ans). Un phénomène digne de remarque, c'est qu'un seul des malades observés par M. Desbarreaux-Bernard a eu un peu de tuméfaction préalable des parotides. Enfin, à l'exception de deux malades venus du dehors, tous les individus qui ont été atteints d'orchite étaient dans les salles depuis longtemps et se trouvaient placés sous le coup d'affections diathésiques graves, ou étaient en convalescence de maladies sérieuses.

Testicule cancéreux, par M. Michel.
(Bulletin de la Société anatomique, p. 487 ; 1858.)

Testicules, paraissant nécessiter la castration, guéris par l'emploi du mercure suivi de salivation, par M. Pinilla. (Bulletin général de Thérapeutique, t. LVI, p. 156.)

Kystes avec enchondrôme du testicule, par M. Jouon. (Bulletin de la Société anatomique, p. 161.)

Fongus bénin du testicule. (Société de chirurgie, 13 et 20 avril.)

M. Guersant montre un testicule qui présente une lésion sur laquelle M. Jarjavay a, particulièrement en France, appelé l'attention, et qu'il a nommée *fongus bénin du testicule.* Cet enfant fut d'abord traité par M. le professeur Gosselin, qui pratiqua une abrasion ; mais plus tard, la maladie ayant reparu, M. Guersant se décida à sacrifier le testicule. — M. Gosselin avait ainsi traité cet enfant : compression, au moyen de bandelettes de diachylon; en même temps, craignant que la maladie n'eût pour cause la syphilis, il administra à la mère l'iodure de potassium, et on fit des frictions mercurielles à l'enfant pendant deux mois. N'ayant obtenu aucun résultat, il se décida à pratiquer l'opération de Syme. Une incision au-dessus et au-dessous de la tumeur permit de faire glisser la peau du scrotum au devant du fongus, où elle fut maintenue par six points de suture. Tout fut bien recouvert, aucune partie ne faisait saillie. Au niveau du point de la suture supérieure, on obtint une réunion immédiate, mais la partie moyenne de la suture qui correspondait au fongus ne se réunit pas et suppura; les bords s'écartèrent un peu, et la hernie du testicule s'étant reproduite, l'ouverture s'agrandit. — M. Jarjavay a communiqué au nom de M. Langlebert l'observation suivante : Un jeune homme de trente ans, n'ayant jamais eu ni chancre ni aucun autre symptôme de syphilis, avait depuis six ans une blennorrhagie chronique, lorsqu'il eut une épididymite, dont la guérison fut obtenue au moyen du traitement antiphlogistique. Plus tard, sans cause connue, ce malade vit son testicule doubler de volume, il y éprouva une douleur très-vive, en même temps, le scrotum devint très-rouge, et il fut obligé de garder le lit. Il ne tarda pas à se développer une tumeur fluctuante qui fut incisée, et la pulpe du testicule vint bientôt faire saillie à l'extérieur. On appliqua alors de la charpie imbibée d'une solution d'iode iodurée, et l'on exerça la compression sur la tumeur; mais, comme on ne parvint pas à la réduire, on excisa la pulpe du testicule qui faisait hernie. — M. Broca a lu de son côté une observation de M. Péry, ayant pour titre : Fongus du testicule consécutif à une affection tuberculeuse de cet organe;

écrasement linéaire. — Guérison. — M. Broca pense que le tubercule est l'agent le plus ordinaire de la destruction de la tunique albuginée et du scrotum ; ces enveloppes une fois perforées, la substance du testicule fait hernie et forme un fongus.

Fongus bénin du testicule, par M. Dieulafoy. (Journal de médecine de Toulouse, janvier.)

Testicule tuberculeux, par M. Témoin. (Bulletin de la Société anatomique, p. 2.)

Emploi du perchlorure de fer dans la spermatorrhée et dans quelques autres affections (scrofules, syphilis), par M. Deleau. (Gazette des hôpitaux, p. 406.)

M. Deleau cite des observations de guérison de ces affections par la médication au perchlorure de fer.

Traitement de l'impuissance par l'électricité, par M. J. Althaus. (Deutsche Klinik ; Gazette médicale, p. 525.)

Homme de quarante-cinq ans, fortement constitué et père d'enfants bien portants, qui se plaignait, depuis prés d'un an, d'absence complète d'érection.— L'auteur s'arrêta à l'idée d'une paralysie des muscles ischio-caverneux et bulbo-caverneux, et résolut d'employer l'électricité. — Le malade fut placé comme pour l'opération de la taille latérale ; le pénis et le scrotum étant ramenés en haut vers le bas-ventre, l'auteur humecta le périnée et fit passer, à travers les deux muscles précités, le courant de premier ordre d'un appareil à induction, à l'aide d'excitateurs métalliques entourés de peau de gants mouillée. Il commença par un courant faible avec des intermissions lentes; mais bientôt, le malade n'éprouvant aucune douleur, il augmenta la force du courant et la vitesse des interruptions. — L'effet justifia l'attente du médecin ; deux jours aprés la première séance, le malade eut une érection. Au bout de la seconde séance, qui dura dix minutes, comme la première, le malade put exercer le coït. — Une récidive étant survenue, cet homme fut encore soumis à l'action de l'électricité pendant quatre séances, et guérit complétement.

Spermatorrhée, compliquée d'impuissance, traitée avec succès par l'hydrothérapie. — Efficacité de l'hydrothérapie pendant l'hiver, par M. E. Duval. (L'Hydrothérapie.)

Pertes séminales, avec agénésie, durant depuis plusieurs années et rebelles aux traitements les plus énergiques et les plus variés. — Guérison par l'hydrothérapie, par M. Tartivel. (Journal du Progrès, p. 141.)

Habitudes vicieuses chez les très-jeunes enfants,
par M. C. Van Bambeke. (Union médicale, t. II, p. 65 et 230.)

Cryptorchidie sus-inguinale droite, avec hydrocèle congénitale,
par M. Morel-Lavallée. (Société de chirurgie, 20 avril.)

Absence du testicule gauche.— Anorchidie simple observée sur un fœtus,
par MM. Bastien et Legendre. (Gazette médicale, p. 649.)

Les mêmes auteurs ont publié une observation d'anorchidie double sur un fœtus, et d'anorchidie simple (même journal, p. 650).

Atrophie des deux testicules, probablement congénitale,
par MM. Legendre et Bastien. (Gazette médicale, p. 726.)

Hermaphrodisme. (Société de chirurgie, 14, 21 et 28 septembre, 19 et 26 octobre.)

M. Debout a présenté une observation d'hermaphrodisme ; M. Larrey en a cité un exemple ; M. Follin a reproduit le cas d'Angélique Courtois.— M. Richard, de son côté, a amené deux hermaphrodites, et il a émis cette opinion, basée sur le développement des organes génitaux, à savoir : que tous les hermaphrodites sont mâles. — Cette manière de voir a été vivement combattue.

Descente d'un testicule simulant une hernie chez un enfant, par M. Bell. British med. Journ., février, et Union médicale, t. III, p. 599.)

Le testicule, chez un enfant de quinze mois, s'était arrêté à l'anneau, où il déterminait de vives douleurs. — Emollients. Deux heures aprés, le testicule était dans le scrotum et les symptômes avaient disparu.

Du varicocèle et de son traitement, par M. E. Guilminot.
(Thèses de Paris, nº 175.)

M. Guilminot décrit le procédé de M. Jobert, son maître, et rapporte une observation de guérison par ce procédé.

Invagination du scrotum, opérée pour la cure du varicocèle,
par M. Cock. (The Lancet, p. 414.)

M. Cock a essayé de traiter le varicocèle au moyen de l'invagination du scrotum, effectuée comme par la méthode de Wützer

pour la cure radicale des hernies inguinales. Il l'a appliquée sur un homme de vingt-trois ans, affecté depuis longtemps d'un varicocèle qui lui causait beaucoup de douleur et d'incommodité. Le tampon fut retiré le onzième jour, l'adhésion des surfaces ayant été jugée complète.— Dans ce procédé, le scrotum refoulé sert pour ainsi dire de suspensoir naturel. On n'oblitère pas les veines; on les met seulement ainsi dans une condition qui peut amener leur retour à l'état normal.—Pas d'accidents.—Il n'y a qu'une petite portion de peau mortifiée, celle que l'aiguille a traversée pour ressortir dans l'aine.

De l'hydrocèle au point de vue thérapeutique, par M. Michel. (Thèses de Montpellier, n° 53.)

Traitement opératoire de l'hydrocèle, par M. Pétrequin. (Gazette médicale, p. 624.)

Dans cet article, M. Pétrequin passe en revue les différents traitements de l'hydrocèle.

Méthode particulière pour guérir l'hydrocèle presque extemporanément et sans opération, par M. Pétrequin. (Académie des sciences, 17 janvier.)

L'auteur s'exprime ainsi : « Je fus consulté, en 1857, par un négociant qui portait une hydrocèle volumineuse du côté gauche. La maladie était déjà ancienne, et on ne pouvait lui assigner d'autre cause que le genre même de vie du consultant, qui voyageait beaucoup pour son commerce. C'était un homme d'environ quarante-cinq ans, d'un tempérament lymphatique, jouissant d'ailleurs d'une assez bonne santé. Il désirait qu'on le guérît sans opération, et ne voulait entendre parler ni de séton, ni d'injection, ni de ponction simple. Il savait que je m'étais beaucoup occupé d'électricité médicale, et nous convînmes qu'il serait soumis à l'emploi de ce moyen, après avoir subi préalablement un traitement interne. — L'indication essentielle était de porter l'action électrique sur la tunique vaginale, pour stimuler sa vitalité et rétablir l'équilibre entre l'absorption et la sécrétion, en provoquant la résorption du fluide épanché; c'est ce qu'on obtient par une excitation médiate en agissant sur la peau du scrotum mise en contact avec les pôles de la pile.— C'est ainsi que fut traité mon malade : les deux pôles d'une pile de Bunsen furent appliqués, l'un sur la base, l'autre sur le sommet de l'hydrocèle ; la séance dura environ une demi-heure; outre l'impression douloureuse qu'on ne peut guère éviter dans ces

cas, notre opéré éprouva la sensation toute particulière d'un mouvement vermiculaire, d'une agitation intime, comme si le liquide se fût mis à couler et à remonter vers le ventre. La tumeur semblait avoir un peu diminué. On le mit au lit, où il demeura jusqu'au lendemain, et alors, à notre grande satisfaction, son hydrocèle avait disparu ; on lui appliqua un suspensoir modérément compressif; il continua le traitement interne, et quelques jours après, il fut purgé ; je le vis encore par intervalles pendant un mois : la guérison ne s'était pas démentie, et je tiens à constater qu'il ne survint d'ailleurs aucun accident. Il arrivera sans doute des cas moins heureux, où il faudra une deuxième ou une troisième séance d'électrisation. »

Traitement de l'hydrocèle par l'électro-puncture, par M. Schuster. (Bulletin de Thérapeutique, t. LVI, p. 172.)

Cet auteur dit qu'il a depuis longtemps traité l'hydrocèle par l'électro-puncture ; il se sert de l'électricité dynamique à courants continus. Il a obtenu des succès, quelquefois d'emblée ; d'autres fois, en continuant avec persistance et en y joignant la cautérisation galvanique et l'excitation mécanique, ou le grattage du testicule.

Electricité dans le traitement de l'hydrocèle, par M. Rodolfo Rodolfi. (Presse médicale belge, et Gazette médicale, p. 624.)

Le traitement de l'auteur se compose de quatre temps : l'implantation d'aiguilles dans la tumeur ; l'établissement d'un courant électrique ; le changement des pôles et l'extraction des aiguilles. Quatre observations d'hydrocèles guéries par l'électropuncture.

Une observation de guérison de l'hydrocèle par l'introduction de fils de fer dans la tunique vaginale. (Bulletin général de Thérapeutique, t. LVI, p. 577.)

Nouveau traitement de l'hydrocèle, par M. Young. (Gazette hebdomadaire, p. 685.)

Dans cet article, M. Young préconise les sétons métalliques qui lui ont donné de bons résultats. L'expérience d'autres chirurgiens ne permet pas de préférer les sétons à l'injection iodée.

Modification apportée au traitement de l'hydrocèle par les injections iodées, par M. Voillemier. (Union médicale, t. IV, p. 146, 202.)

M. Voillemier pense que moins le liquide à résorber sera abondant et moins le travail sera long, plus grande sera la chance de

guérison. Il fallait donc, pour éviter les récidives, trouver le moyen de faire que l'épanchement secondaire que provoque l'injection iodée fût aussi peu abondant que possible. Pour cela, M. Voillemier imagine d'envelopper les bourses d'une sorte de carapace de diachylum qui empêche la tunique vaginale de se laisser distendre. Il n'opère aucune compression. Il se borne à donner au scrotum une résistance artificielle, à mettre un obstacle, une limite à l'épanchement.

Guérison d'une hydrocèle par les frottements exercés sur la tunique vaginale. (Gazette médicale, p. 61.)

Ponction ; frottement de la tunique vaginale par la canule. — Guérison complète en quelques jours.

Hydrocèle de la tunique vaginale.—Situation du testicule en avant de la tumeur, par MM. Legendre et Bastien. (Gazette médicale, p. 530.)

Nouvel organe glanduleux, situé dans le cordon spermatique, et pouvant donner naissance à des kystes, par M. Giraldès. (Société de biologie, août.)

M. Giraldès a décrit de petits *corps rudimentaires* qui sont pour lui le point de départ de ces kystes, renfermant parfois des spermatozoïdes, que l'on voit se développer dans l'épaisseur du cordon. M. Giraldès a d'abord trouvé ces corps sur des testicules d'enfants nouveau-nés ; depuis, il les a également rencontrés chez l'adulte, et même chez le vieillard : ce sont des taches blanchâtres (vestiges du corps de Wolf?) situées sous la séreuse vaginale, au niveau du paquet des vaisseaux, en avant du canal déférent et des veines testiculaires ; elles existent en nombre variable, tantôt réunies en une seule, tantôt au nombre de deux ou trois : elles sont formées par l'agglomération de petits organes composés de canalicules, les uns ouverts, les autres complétement clos, réunis par faisceaux de deux ou trois et remplis de cellules épithéliales. — M. Giraldès pense que ces corps sont non-seulement le siége des kystes, mais encore que leur hypertrophie peut être la cause de certaines tumeurs solides du testicule.

Hydrocèle enkystée du testicule, par MM. Legendre et Bastien. (Gazette médicale, p. 531.)

Hydro-hématocèle du scrotum, par M. P. Tillaux. (Progrès, p. 572.)

La maladie était d'origine traumatique. — Décortication. — Epanchement séreux du cerveau. — Mort.

Tumeur intra-scrotale à parois calcifiées, formée probablement par une ancienne hématocèle, par M. Vulpian. (Gazette médicale, p. 840.)

Hématocèle spontanée de la tunique vaginale, par M. Jouon. (Bulletin de la Société anatomique, p. 213.)

Hématocèle du scrotum, par M. Dolbeau. (Bulletin de la Société anatomique, p. 215.)

Gangrène du scrotum, par M. Pauli. (Gazette des hôpitaux, p. 418.)

Elimination presque spontanée ; infection purulente. — Guérison par les évacuants, le sulfate de quinine, le quinquina et le nitre.

Enorme lipôme développé dans le scrotum, par M. Bernard (de Moulins). (Société de chirurgie, 29 juin.)

Un jeune homme a vu se développer sur un des côtés du scrotum une tumeur qui a mis dix ans à acquérir le volume qu'elle présentait en dernier lieu. Le diagnostic offrait beaucoup de difficultés ; après avoir pris l'avis de plusieurs médecins, qui ne purent s'entendre sur la nature de la maladie, M. Bernard se décida à inciser la peau ; il reconnut qu'il avait affaire à un lipôme, et il en fit immédiatement l'ablation. La tumeur est constituée par des tractus fibreux, circonscrivant des loges dans lesquelles se trouve de la graisse ; elle pèse 1,850 grammes.

Variété rare de tumeur des enveloppes scrotales, par M. Verneuil. (Gazette hebdomadaire, p. 581.)

L'auteur cite deux observations de tumeurs veineuses congénitales développées dans le tissu cellulaire des bourses. Il convient lui-même qu'on ne peut écrire l'histoire de ces tumeurs avec ces deux seuls faits.

Plaie très-étendue du scrotum, par M. Verneuil. (Journal du Progrès, p. 542.)

La plaie intéressait aussi le ligament de la verge, sans lésion de l'urètre. — Cicatrisation lente. — Guérison complète.

Des reins flottants, par M. Fritz.
(Archives générales de médecine, août, p. 158.)

Il arrive quelquefois que l'un ou l'autre des deux reins, plus souvent le droit que le gauche, jouit d'une mobilité anormale, et peut alors donner lieu à une erreur de diagnostic plus ou moins fâcheuse. Sur trente-cinq cas que M. Fritz a trouvés dans les auteurs, plusieurs fois cette erreur a été commise; on croyait reconnaître tantôt un abcès par congestion, tantôt un déplacement de la rate, tantôt une obstruction du foie, etc. C'est qu'en effet les symptômes de cette affection, peu connus jusqu'ici, sont aussi quelquefois obscurs. Ces symptômes sont physiques ou fonctionnels. Le plus important des signes physiques, c'est l'existence d'une *tumeur* dont la situation varie beaucoup, mais dont l'extrémité inférieure dépasse toujours le rebord des côtes quand le malade est debout. Cette tumeur est plus ou moins mobile; on peut quelquefois y constater les caractères du rein; elle est peu ou point douloureuse, non fluctuante.— La percussion permet souvent de constater que le rein ne se trouve pas dans sa situation normale. — Parmi les symptômes fonctionnels, il faut noter des sensations anormales dont la nature et l'intensité varient beaucoup, et entre autres une sensation de chute d'un corps étranger ou d'un viscère dans l'abdomen. La douleur est peu commune. Toutes ses sensations s'exaspèrent par la marche, la course, la danse, etc., pendant la défécation. Dans l'immense majorité des cas, il n'y a rien d'anormal ni dans la sécrétion, ni dans l'excrétion, ni dans la composition de l'urine. — L'hypocondrie a été souvent notée comme la conséquence de la préoccupation que donne aux malades cette tumeur abdominale. C'est à peu près le seul état morbide engendré par ce déplacement dont le traitement ne peut être que palliatif.

Contusion du rein. — Guérison, par M. Notta.
(Union médicale, t. II, p. 256.)

Anurie complète, par M. Brunner. (Gazette médicale, p. 31.)

Atrophie du rein gauche; pyélite du côté droit; thrombose des veines rénales.

Néphrite double, accompagnée d'accidents cérébraux dus à l'infection purulente, par M. E. Tillot. (Journal du Progrès, p. 254.)

Polyurie. — Efficacité des ferrugineux, par M. Deebrez.
(Gazette des hôpitaux, p. 546.)

Substitution graisseuse du rein, par M. Godart.
(Gazette médicale, p. 375, 396.)

M. Godart cite un assez grand nombre de faits empruntés aux recueils scientifiques et rapporte des observations originales. Il ne fait pas l'histoire de cette maladie, parce que les documents sont insuffisants ; il insiste seulement sur la distinction à établir entre l'infiltration graisseuse dans l'épithélium du rein et la substitution graisseuse qui résulte de la présence d'un ou de plusieurs calculs dans l'urètre ou dans le bassinet. La première de ces affections se traduit par l'albuminurie; la seconde arrive insidieusement et peut amener la destruction plus ou moins complète des reins, sans que rien puisse la faire soupçonner.

Tubercules du rein et de l'uretère, par M. Garnier.
(Bulletin de la Société anatomique, p. 212.)

Oblitérations des uretères et hydronéphroses consécutives au cancer de l'utérus, par M. Gauchet. (Union médicale, t. IV, p. 51.)

Signes diagnostiques de la lésion des reins, tirés de l'apparition d'accidents cérébraux ; pathogénie de ces accidents.

Mastic en larmes contre l'incontinence nocturne d'urine, par M. Debout.
(Bulletin général de Thérapeutique, t. LVII, p. 25.)

La cure de l'incontinence se produit pendant la médication, dont la durée est de quatre à huit jours au plus. Voici la formule employée par M. Debout :

Mastic en larmes.	32 grammes.
Sirop de sucre.	Q. S.

pour une masse pilulaire que l'on divise en 64 bols. Lorsque les jeunes malades avalent difficilement, on fait diviser cette masse en 128 pilules. On peut même substituer le miel au sirop et faire préparer un électuaire, que l'on administre enveloppé dans du pain azyme. — Quelle que soit la forme pharmaceutique que l'on adopte, si l'enfant a plus de dix ans, il faut que les 32 grammes soient pris en quatre jours, c'est-à-dire 8 grammes par jour, soit 4 grammes le matin, autant le soir, deux heures avant ou après le repas. Lorsque les petits malades sont au-dessous de cet âge, on diminue les doses et on met six ou huit jours à administrer les 32 grammes de mastic.— Lorsque la guérison ne couronne pas cette première tentative, on recommence immédiate-

ment l'emploi du médicament et aux mêmes doses. Mais si l'incontinence nocturne d'urine persiste après ce second essai, il est inutile de poursuivre plus longtemps la médication. Ces faits d'insuccès forment l'exception, car, dans plus des deux tiers des cas où M. Debout a employé le mastic, il a vu la cure se produire, même chez des sujets âgés de dix-huit à vingt-quatre ans, et qui étaient affectés de cette dégoûtante infirmité depuis leur première enfance.

Poudre contre l'incontinence d'urine nocturne chez les enfants, par M. Ph. Faure. (Gazette médicale de Lyon, p. 50.)

Sous-carbonate de fer.	15	centigrammes.
Extrait de belladone	3	—
Noix vomique pulvérisée	3	—

Pour une prise à donner chaque jour.

L'emploi de ce remède est ordinairement suivi, au bout de huit à dix jours, d'une guérison complète.

Rhus radicans employé avec succès dans un cas d'incontinence nocturne d'urine. (Bulletin général de Thérapeutique, t. LVII, p. 477.)

Incontinence d'urine chez les enfants.— Electuaire Grimaud, par M. Millet. (Union médicale, t. III, p. 537.)

Cet électuaire est composé de substances toniques ; il est donné contre la chlorose. L'auteur en a retiré d'excellents effets dans un cas d'incontinence d'urine chez les adolescents.

Abcès enkysté, situé au devant du rein droit et s'ouvrant dans l'urètre à travers la prostate, par M. Charnal. (Bulletin de la Société anatomique, p. 483 ; 1858.)

Emploi de l'électricité dans le traitement des paralysies de la vessie et de certains catarrhes vésicaux, par M. E. Pétrequin. (Académie des sciences, 30 mai.)

M. Pétrequin communique un travail qu'il résume en ces termes : — La paralysie de la vessie est une maladie assez commune, surtout dans la vieillesse, et les moyens ordinaires dont l'art peut disposer contre elle ne sont, il faut l'avouer, ni très-nombreux, ni très-efficaces. Aussi arrive-t-il trop souvent de voir cette affection prendre une durée indéfinie, ou même dégénérer en une véritable infirmité pour le reste de la vie. Le catarrhe de la vessie est plus commun encore à cet âge, et c'est sur-

tout dans ce cas que l'art se montre moins heureux, les guérisons moins complètes et les récidives plus fréquentes ; et même il n'est pas rare que le traitement ne puisse produire des résultats tout à fait curatifs quand le mal se complique d'asthénie sénile ou d'un certain degré de paralysie dans les parois vésicales. — L'électricité, dans ces circonstances difficiles, paraît appelée à rendre de notables services : c'est ce que j'essaye de démontrer dans le mémoire que j'ai l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie, considérant à la fois la question au point de vue de la théorie et de la clinique, et ayant soin de discuter des points de diagnostic et de thérapeutique qu'on paraît avoir méconnus ou négligés.

Catarrhe vésical, par M. Piéplu. (Gazette des hôpitaux, p. 476.)

Rétention des urines.— Guérison en peu de jours par les injections de tannin.

Traitement de l'irritation de la vessie par l'extrait de belladone, par M. H. Behrend. (The Lancet, n° 26, et Gazette hebdomadaire, p. 620.)

M. Behrend a employé l'extrait de belladone contre une irritation de la vessie, datant de quinze mois, chez une dame âgée de trente ans environ. La miction était normale pendant le jour; mais, pendant la nuit, un ténesme vésical pressant forçait la malade à vider sa vessie au moins trois ou quatre fois et souvent plus de huit fois ; l'urine d'ailleurs était normale. La maladie résista à tous les moyens mis en usage, et s'accompagna bientôt d'amaigrissement, de céphalalgie, de nausées et d'autres troubles nerveux. — L'extrait de belladone fut donné progressivement jusqu'à la dose de 5 centigrammes pendant six semaines ; quelques accidents d'intoxication s'étant alors montrés, on administra encore l'extrait pendant quatre jours, à la dose de 75 milligrammes ; puis on en suspendit l'usage. Une amélioration graduelle avait accompagné ce traitement, et quand il fut terminé, la guérison était presque complète. La malade ne tarda pas à être complétement rétablie, et il n'y avait pas eu de récidive au bout de six mois.

Cystite chronique intense, par M. Legrand du Saulle. (Gazette des hôpitaux, p. 254.)

Prostatite légère. — Gravelle non soupçonnée, et expulsion d'un très-volumineux gravier, sous l'influence de l'eau minérale de Contrexéville.

Cystalgie. — Son traitement par la cautérisation potentielle hypogastrique, par M. Hamon. (Union médicale, t. III, p. 51.)

Dans cet article, M. Hamon parle des cystalgies, qui se montrent en dehors de toute lésion organique ; il considère la cautérisation hypogastrique comme un moyen héroïque pour faire cesser les douleurs.

Hématurie idiopathique heureusement combattue par les injections d'eau froide et les préparations ferrugineuses à l'intérieur, par M. A. Legrand. (Gazette des hôpitaux, p. 426.)

Hématurie à intermittence annuelle, par M. Sanchez y Rubio. (La Espana medica, et Gazette médicale de Lyon, p. 246.)

Une femme de quarante-quatre ans, n'ayant pas ses règles, a eu de la fièvre, puis une hématurie qui a disparu d'elle-même au bout d'un mois. Les accidents ont reparu et affaibli la malade. M. Sanchez y Rubio se décida à appliquer un vésicatoire sur la paroi abdominale. L'effet en parut d'abord désastreux. Bientôt l'urine apparut limpide, normale et sans une goutte de sang.

Hématurie. — Rétention d'urine. — Fièvre urineuse. — Mort. — Fongus de la vessie, par M. Gosselin. (Gazette des hôpitaux, p. 142, et Bulletin de la Société anatomique, p. 35.)

De la cystine des sédiments, de la gravelle et des calculs cystiques, par M. Fabre. (Thèses de Paris, n° 11.)

L'auteur a rassemblé, dans cette thèse, tous les travaux qui ont été publiés sur la cystine ; il y a joint le résultat des recherches qu'il a entreprises lui-même. Voici les conclusions, par lesquelles il termine son travail : — La présence de la cystine dans l'urine est une condition pathologique très-rare. — L'existence de lamelles hexagonales dans un sédiment urinaire n'est pas un caractère positif de la présence de la cystine, l'acide urique pouvant, dans certaines conditions, se présenter aussi sous cette forme. — Ce qu'on a dit de l'influence de la chlorose, de la scrofule, du foie gras, sur la production de la cystine, ne paraît pas être confirmé par les faits. — Si la formation de la cystine n'est pas une maladie héréditaire, elle présente un caractère remarquable, la consanguinité. — On n'est point autorisé à admettre l'existence d'une diathèse cystique, si par *diathèse* on entend une disposition générale, en vertu de laquelle un individu est

atteint de plusieurs affections locales de même nature. — Les calculs de cystine étant très-friables, la lithotritie doit être préférée, pour les détruire, aux injections alcalines.

Néphrite calculeuse prise pour une cystite chronique, par M. Delestre. (Bulletin de la Société anatomique, p. 203.)

Calcul urinaire chez un enfant nouveau-né, par M. Burdel. (Académie des sciences, 14 novembre.)

M. Burdel a extrait ce calcul de l'urètre d'un enfant de cinq mois. Le corps étranger venait de sa vessie, et, trop volumineux pour être expulsé, il s'était arrêté dans la partie inférieure du canal. Arrivé là, il augmenta graduellement de volume, en dilatant la partie de l'urètre où il s'était engagé. Les parents avaient observé que, peu de temps après sa naissance, l'enfant n'urinait que rarement, qu'il criait beaucoup, était inconsolable, et que parfois il restait trente à quarante heures sans être mouillé; aussi la vessie avait-elle pris un développement énorme et dépassait le niveau de l'ombilic ; l'urine avait une acidité très-marquée. — Le calcul, que l'on sentait avec le doigt, formait une nodosité sur le trajet du canal. Une simple incision a suffi à M. Burdel pour le saisir et l'extraire. Après la sortie du calcul, la plaie fut fermée par une serre-fine, et complétement cicatrisée au quatrième jour. — Le calcul est irrégulièrement allongé et arrondi, plus épais à l'une de ses extrémités. Il pèse 48 centigrammes. Sa couleur est d'un gris verdâtre. Sa surface, rugueuse, inégale, est couverte de petites saillies mamelonnées, qui font reconnaître à la première vue que c'est un calcul mural composé d'oxalate de chaux, bien que certains calculs d'acide urique offrent des rugosités mamelonnées de même apparence; mais ces dernières sont moins rudes, plus douces au toucher que celles des calculs formés par ce sel calcaire. — D'après M. Frémy, il est formé par de l'oxalate de chaux : il ne contient que des traces de phosphate de chaux et de substance organique azotée de nature albumineuse ; il ne contient ni acide urique, ni phosphate ammoniaco-magnésien. Il est à regretter qu'on n'ait pas analysé l'urine de l'enfant, de laquelle on a seulement constaté l'extrême acidité.

Calcul urinaire congénital, par M. Cooper Forster. (Union médicale, t. I, p. 142.)

L'auteur cite trois observations de calculs urinaires chez des jeunes enfants qui, depuis leur naissance, présentaient les symptômes de la pierre.

Calcul engagé dans la portion prostatique et membraneuse de l'urètre. — Rétention d'urine. — Urétrotomie. — Extraction du calcul. — (Gazette des hôpitaux, p. 251.)

Calcul urinaire, par M. Gallard. (Bulletin de la Société anatomique, p. 488; 1858.)

Calcul volumineux logé dans la portion prostatique de l'urètre, par M. Huguier. (Société de chirurgie, 18 mai.)

Ce calcul déterminait des troubles de la miction et des douleurs pendant l'érection. Il était impossible d'introduire un cathéter entre le calcul et la paroi inférieure de l'urètre; M. Huguier a saisi le calcul entre les deux doigts, et par une ponction il a fait pénétrer la pointe du bistouri jusqu'au contact de la pierre, puis il a fait une incision, à travers laquelle le calcul a été saisi et attiré au dehors. — Les suites de l'opération ont été très-simples : le malade est resté couché sur le dos, les cuisses rapprochées l'une de l'autre. Le calcul n'est pas en forme de gourde; il y a, sur la face inférieure, l'empreinte du *veru-montanum*, et de chaque côté une petite gouttière pour le passage de l'urine.

Taille médiane sous-bulbeuse, par M. Buchanan. (Archiv für pathologische Anatomie, t. XVI, p. 173; Archives générales de médecine, septembre, p. 349.)

Les avantages de ce procédé sont : L'opération permet d'arriver par le plus court chemin possible dans la vessie, en traversant la prostate. — Elle est facile et expéditive; on peut l'achever par un seul coup de bistouri. — Elle ne s'accompagne jamais d'hémorrhagies comparables à celles qui peuvent compliquer la taille ordinaire; l'incision reste à distance des artères transverses, et l'action du cathéter en éloigne l'artère du bulbe. — Il est impossible de blesser le rectum, parce que sa paroi antérieure est abaissée, aplatie et protégée par le bord inférieur de la cannelure du cathéter, par la prostate, et, plus en dehors, par l'épaisseur assez considérable du releveur de l'anus. — La plaie est moins étendue et la guérison plus rapide que dans les autres tailles. — Lorsque la pierre est très-volumineuse, on peut agrandir l'incision dans la direction la plus avantageuse, c'est-à-dire à droite. On peut obtenir ainsi des incisions très-étendues.

Statistique sur les calculs urinaires en Hongrie, par M. Balassa. (Archives générales de médecine, septembre, p. 353.)

Calcul urinaire volumineux rendu par les voies naturelles. (Moniteur des sciences, p. 422.)

Guérison spontanée d'une pierre dans la vessie.
(Gazette médicale de Lyon, p. 549.)

Deux opérations de lithotritie dans des conditions favorables.
(Moniteur des hôpitaux, p. 741.)

Différences qui caractérisent la pince à trois branches et le lithoprione, par M. Phillips. (Moniteur des sciences, p. 102.)

Taille sus-pubienne et suture de la vessie, par M. Letzbeck.
(Deutsche Klinik, et Union médicale, t. III, p. 239.)

L'auteur s'élève contre l'abandon de cette opération et discute les objections qu'on lui oppose, sans apporter de nouvelles raisons en sa faveur. Il recommande la suture de la vessie après cette taille.

Lithotomie où le calcul a fait défaut, par M. Wright.
(Gazette des hôpitaux, p. 31.)

Contributions à la statistique de la lithotritie (1840-1855), par M. Swalin. (Progrès, p. 406.)

Singulier cas de lithotritie, par M. Santopadre.
(Gazette médicale, p. 459.)

Un chirurgien introduisit une sonde dans la vessie d'un homme qui ne pouvait uriner ; quelques heures après, le patient rendit des fragments de calcul ; le simple choc d'une sonde avait suffi pour diviser la pierre.

Néphrite consécutive à la lithotritie, par M. Duboué.
(Bulletin de la Société anatomique, p. 73.)

Epingle double retirée de l'urètre d'un homme, par M. Ségalas.
(Académie de médecine, 11 octobre.)

L'épingle était à la partie antérieure de l'urètre, les pointes dirigées vers le méat urinaire. M. Ségalas s'est contenté de la repousser d'arrière en avant ; il a fait passer une des extrémités à travers le gland, et dès qu'elle a été à découvert, il a tiré sur elle avec force. L'extraction a été rapide, sans écoulement de sang. Pas le moindre accident consécutif. — C'est la deuxième fois que M. Ségalas agit ainsi ; même succès chez le premier malade.

Epingle à cheveux à deux branches, extraite du canal de l'urètre, par M. Guerlain. (Bulletin de la Société anatomique, p. 173.)

Extraction d'un brin de bouleau engagé dans la vessie, par M. Jacquemin. (Gazette hebdomadaire, p. 316.)

Un homme de quarante ans s'était introduit dans l'urètre un brin de bouleau ayant 11 centimètres de long et 2 à 3 millimètres de diamètre. Cette petite tige lui avait échappé des mains et s'était enfoncée dans le canal. — Le cathétérisme est facile jusqu'au col de la vessie ; en ce point, la sonde détermine une sensation particulière un peu douloureuse. — Les tentatives faites avec un petit brise-pierre ont été infructueuses ; mais l'opérateur a cru que le corps étranger avait été amené assez avant dans le canal pour qu'on pût l'extraire complétement avec une pince à anneaux. Cette seconde manœuvre a complétement réussi ; il n'y a pas eu la moindre suite fâcheuse pour le patient. — M. Boinet a observé deux cas de corps étrangers de l'urètre dans des circonstances particulières. Il s'agissait de grosses épingles disposées de telle sorte, que la pointe regardait en avant. L'extraction était difficile et même impossible : M. Boinet poussa en avant la tête de l'épingle que l'on sentait au périnée ; la pointe traversa l'urètre et la verge, et sortit à travers la peau ; elle fut alors dirigée en bas et en arrière ; la tête se porta en avant, et put être poussée et saisie au méat urinaire. La piqûre de l'urètre, dans ces faits, n'a produit aucun accident.

Crayon extrait de la vessie par une incision périnéale, par M. Gross. (Gazette médicale, p. 206.)

Corps étranger dans la vessie, par M. Cutler. (British med. Journ., février; Union médicale, t. III, p. 598.)

Le corps étranger (petit tube de verre) a séjourné pendant trois ans dans la vessie, sans grand inconvénient. — Extraction par la taille; guérison.

Exstrophie vésicale. — Vice de conformation du pénis. — Urétroplastie. — Guérison, par M. Ferreira. (Gazeta medica de Lisboa; Union médicale, t. II, p. 15.)

Extrophie de la vessie. — Disposition de la paroi abdominale, par M. Tillaux. (Gazette médicale, p. 164.)

La dissection a montré que non-seulement les os, mais encore les parties molles, se sont écartés pour recevoir la vessie dans leur intervalle ; il existe ainsi sur la ligne médiane un vaste espace recouvert seulement par l'aponévrose et la peau.

Modification apportée au suspensoir pour la compression de la prostate, par M. Mallez. (Gazette des hôpitaux, p. 500.)

L'auteur adapte à la bourse d'un suspensoir ordinaire, au point où s'attachent les sous-cuisses, une petite pièce de tissu en tricot qui sert de point d'appui à une pelote oblongue.

Hypertrophie de la prostate, par MM. Témoin et Leroy (d'Etiolles), (Bulletin de la Société anatomique, p. 479 et 498; 1858.)

Déviations de la portion prostatique de l'urètre, considérées comme obstacle au cathétérisme. — Moyen de pratiquer cette opération dans ce cas, par M. Mallez. (Gazette des hôpitaux, p. 458.)

L'auteur décrit le procédé employé depuis longtemps par M. Desprès ; ce chirurgien se sert d'une sonde en gomme munie d'un mandrin, et au moment où il touche le premier obstacle, il retire le mandrin d'une petite quantité, de manière à rendre à la sonde sa flexibilité naturelle, qui lui permet de se plier à toutes les brisures du canal qu'il doit parcourir. Elle progresse de cette manière constamment maintenue par le mandrin dans la portion normale du canal, et avec souplesse dans les parties déviées. — Cet article a été suivi de plusieurs lettres, dont les auteurs réclament la priorité du procédé pour Pasquier, Chopart, etc.

De la prostatite aiguë chez les vieillards, par M. P. Delhomme. (Thèses de Paris, nº 87.)

M. Delhomme s'attache surtout à la partie clinique de cette affection et rapporte un certain nombre d'observations qu'il a recueillies dans le service de M. Desprès, son maître.

Rétention d'urine, guérie par le seigle ergoté, (Bulletin de Thérapeutique, t. LVI, p. 252.)

Nouveau moyen de soulager les individus affectés de rétention d'urine, par M. Laugston Parker. (British medical Journal, mai, et Gazette hebdomadaire, p. 461.)

Introduire jusqu'au rétrécissement une bougie dont l'extrémité est munie d'un morceau de potasse caustique. L'instrument est laissé quelques instants en contact avec le rétrécissement; bientôt on le sent pénétrer, et le malade peut uriner.

Dysurie et gravelle. (Bulletin de Thérapeutique, t. LVI, p. 539.)

Rademaker et Hees recommandent contre ces affections l'alcoolature du *tlaspi bursa pastoris*.

Caverne tuberculeuse de l'urètre, par M. Dolbeau. (Bulletin de la Société anatomique, p. 36.)

Rétrécissements de l'urètre, par M. E. Fournier. (Académie de médecine, 24 mars.)

Après s'être assuré, au moyen du cathétérisme, du siége précis de la lésion, on trace avec le nitrate d'argent une ligne à un centimètre en avant du rétrécissement; c'est pour le malade un signe indicateur. — Toutes les fois qu'il aura besoin d'uriner, il devra avec ses doigts exercer une pression sur cette ligne, mais une pression suffisante pour qu'un jet d'urine envoyé avec force ne puisse s'écouler par le méat urinaire. — Ce jet d'urine aura pour but de dilater pour quinze secondes environ toute la partie du canal située en arrière de l'endroit comprimé. Après quinze secondes, il cesse de comprimer le canal pour laisser écouler ce premier jet d'urine, pour comprimer de nouveau ensuite et répéter la même opération à quatre ou cinq reprises consécutives, selon la quantité d'urine renfermée dans la vessie.

Des rétrécissements du canal de l'urètre chez l'homme, par M. Gœury. (Paris, imprimerie Bonaventure ; in-8, 33 pages.)

Nouveau procédé de guérison pour les cas de rétrécissements de l'urètre infranchissables, par M. Vytterhoeven. (Gazette médicale, p. 788.)

C'est un urétrotome terminé par une espèce de tarière ; on franchit le rétrécissement, en imprimant à l'instrument un mouvement de tire-bouchon ; dès que l'obstacle est franchi, on fait l'incision.

Accidents du cathétérisme de l'urètre, par M. Hornbostel. (Thèses de Paris, n° 80.)

Rétrécissements infranchissables de l'urètre. — Leur traitement par l'urétrotomie externe sans conducteur, par M. A. Andrade. (Thèses de Paris, n° 229.)

Après avoir fait la description des rétrécissements infranchissables et passé en revue les principaux moyens employés pour les combattre, l'auteur fait une étude complète de l'urétrotomie externe sans conducteur ; il rapporte en terminant trois observations inédites. — M. Andrade rejette le cathétérisme forcé et la cautérisation d'avant en arrière. La ponction de la vessie n'est que palliative et doit être réservée pour des cas exceptionnels. L'urétrotomie interne d'avant en arrière peut réussir dans certains cas. Mais l'urétrotomie externe sans conducteur est pré-

férable ; elle est, en effet, à la fois palliative et curative ; de plus, elle est applicable à tous les cas et ne présente d'ailleurs pas plus de dangers que la ponction hypogastrique.

Rétrécissement de l'urètre, par M. Fournier. (Bulletin de la Société anatomique, p. 441 ; 1858.)

Lésions de l'appareil génito-urinaire, par M. Dolbeau. (Société anatomique de Paris, p. 13.)

Pièce anatomique présentant un exemple de fausse route au niveau du rétrécissement de l'urètre, un rétrécissement de la portion membraneuse, un développement de l'utricule prostatique et une embouchure anormale des conduits éjaculateurs.

Paracentèse urétrale interne pour détruire un obstacle organique dans l'urètre. — Guérison, par M. Rizzoli. (Gazette des hôpitaux, p. 211.)

Emploi du nitrate d'argent contre certaines maladies chroniques des organes génito-urinaires, par M. S. Ségalas. (Union médicale, p. 53.)

Emploi de la potasse caustique contre les rétrécissements urétraux, par M. Wade. (Med. Society of London, mai ; Gazette médicale de Lyon, p. 270, et Gazette médicale, p. 437.)

M. Wade a lu un travail spécial établissant que, depuis vingt-cinq ans, il se sert avec succès de cette méthode. Et parmi les assistants, la plupart, MM. Birkett, Henry Smith, Price, Hilton ont consacré de leur approbation ce mode de traitement. — Ce qu'il y a de remarquable et de plus singulier, c'est que les chirurgiens anglais ont renoncé au nitrate d'argent, pour donner la préférence à la potasse caustique. M. Wade déclare explicitement qu'il n'y a pas de comparaison à établir entre les effets de ces deux caustiques. Le premier, dit-il, cause une inflammation adhésive qui, souvent, augmente la stricture urétrale ; tandis que le second possède, au contraire, dit-il, un pouvoir dissolvant. Rarement il se sert, pour appliquer ce caustique, d'un autre instrument que d'une bougie de cire ordinaire.

Abcès urineux au devant d'un rétrécissement de l'urètre, par M. Tillaux. (Bulletin de la Société anatomique, p. 109.)

Sécateur trilame perfectionné de l'urètre, par M. Favrot. (Académie des sciences, 31 janvier.)

Nouvel urétrotome, par M. Mallez. (Gazette des hôpitaux, p. 327.)

C'est une espèce d'urétrotome composé : — 1° d'une canule en maillechort, dont l'extrémité en acier est tranchante circulairement; — 2° d'un embout remplissant la canule précédente, et destiné à faciliter son introduction; — 3° d'une tige en acier terminée par une spirale conique, dont l'extrémité est une olive exploratrice à laquelle on peut adapter une bougie d'introduction. — La spire, convexe sur sa face postérieure, est concave et tranchante sur sa face antérieure. — Près du manche de cette même tige, on a pratiqué une rainure formant spirale cylindrique, et dans laquelle pénètre à volonté une vis de pression, dont est munie la canule extérieure. — Quand l'instrument est introduit, on relève la vis de pression, et en retirant la tige on coupe contre la lame circulaire les portions de tissus qui ont été saisies par la spirale conique; le résultat est donc d'inciser ce qui forme le rétrécissement, et on comprend que c'est principalement contre les rétrécissements fibreux que l'action de cet instrument doit être dirigée.

Urétrotomie, par M. J. Roux. (Gazette des hôpitaux, p. 75.)

Nouvel urétrotome coupant à des profondeurs variables d'arrière en avant et d'avant en arrière, sur conducteur, par M. Bron. (Gazette médicale de Lyon, p. 287.)

Cet instrument se compose d'une sonde cannelée sur toute sa longueur, légèrement courbée à son extrémité et conique. — A son extremité vésicale est vissé un petit renflement qui peut être changé à volonté, et remplacé par d'autres d'un volume variable. On peut le remplacer par une bougie souple, destinée à servir de conducteur à l'instrument lui-même. — Deux tiges, placées de champ, glissent à côté l'une de l'autre dans la rainure de cette sonde. Elles sont, à peu de chose près, de même longueur, mais elles se dépassent mutuellement, l'une en avant, l'autre en arrière, de près de 7 centimètres. — En avant, cet espace est rempli par deux lames articulées entre elles, et par leur autre extrémité, aux deux tiges dont nous venons de parler. — En arrière, la tige externe est libre. — Quand on exerce une pression sur cette dernière tige, les deux lames se soulèvent à leur point de jonction, font saillie de dedans en dehors et forment immédiatement un triangle, dont deux côtés, toujours égaux, sont formés par les deux lames. Le troisième côté, formé par la masse de l'instrument, est plus ou moins grand, selon que la pression a été plus ou moins exagérée. — La tige externe est graduée par millimètres, un curseur placé sur elle limite le degré de saillie qu'on veut faire produire aux lames et mesure l'ouverture

de l'angle qu'elles doivent former. — La tige interne est graduée par centimètres sur toute la longueur. On mesure ainsi le parcours qu'on veut faire faire aux lames ouvertes.

Rétrécissements traumatiques de l'urètre et rétrécissements dits infranchissables, par M. Phillips. (Gazette des hôpitaux, p. 283.)

Voir l'*Annuaire*, t. II, p. 302.

Rétrécisssements multiples de l'urètre. — Urétrotomie. — Guérison, par M. Phillips. (Moniteur des hôpitaux, p. 9, et Moniteur des sciences, p. 132.)

De l'urétrotomie externe, par M. Albert Puech. (Progrès, p. 429.)

Perfectionnements à apporter aux opérations d'urétroplastie, par M. Sédillot. (Académie des sciences, 24 octobre.)

Les remarques de l'auteur s'appliquent principalement à l'urétroplastie par la méthode à double lambeau superposé. (Bach, de Strasbourg.) — « Deux indications, dit-il, dépendent des dispositions de la fistule : tantôt *a* la muqueuse est unie à la peau ; tantôt *b* ces deux membranes sont séparées l'une de l'autre par une large cicatrice. — *a*. Si les adhérences du tégument externe à la membrane muqueuse sont intimes, il faut diviser la peau, à quelques millimètres en dehors et de chaque côté de la solution de continuité, par des incisions droites et parallèles, dont les extrémités sont coupées à angle droit au niveau de la fistule, ou bien l'on termine les incisions latérales par des angles légèrement arrondis. On obtient ainsi, sur les côtés de la fistule, une sorte d'encadrement de peau dont les deux moitiés, en forme de valves, sont partiellement disséquées de dehors en dedans, puis renversées dans le même sens sur elles-mêmes, pour en tourner en arrière la face épidermique et former l'ouverture accidentelle de l'urètre. On fixe les lambeaux, dans cette position, par quelques points de suture entrecoupée, dont les anses regardent en dehors, et les fils noués du côté du canal sont entraînés par l'urètre au delà de l'orifice du gland, au moyen d'un petit stylet d'argent fenestré et flexible. — L'urètre se trouve ainsi fermé par le renversement et l'accolement de la peau, et l'on a sous les yeux une assez vaste plaie qui doit recouvrir un second plan de lambeaux. On arrive à ce résultat par plusieurs procédés : on peut disséquer les téguments vers le prépuce ; on a de cette manière un grand lambeau transversal, abaissé au devant de la fistule déjà fermée, et les points de suture extérieure n'ont au-

cun rapport avec ceux des premiers lambeaux, condition essentielle et des plus favorables au succès de l'opération. Lors même qu'un peu de suppuration aurait lieu autour des fils, la solidité des deux plans de lambeaux n'en serait pas moins assurée, puisque le pus serait isolé et trouverait une libre issue, du côté du canal de l'urètre, pour les lambeaux profonds, et en dehors des téguments de la verge, pour les lambeaux superficiels, et qu'aucun corps étranger communiquant de l'urètre à la peau ne favoriserait la persistance du pertuis fistuleux.—On peut en outre soumettre la verge à une légère pression pour mieux assujettir les lambeaux, en déterminer l'immobilité, et empêcher le gonflement œdémateux, qui est à peu près constant lorsque les plaies sont abandonnées à elles-mêmes. — *b*. Si des surfaces cicatricielles séparent la peau de la membrane muqueuse de l'urètre, on doit les exciser en totalité, à l'exception des points les plus rapprochés du canal, dont on forme deux lambeaux, en suivant les procédés précédemment décrits. »

M. Sédillot rapporte une observation à l'appui de son procédé opératoire.

Fistule urinaire ombilicale chez un enfant nouveau-né, par M. Chandelux. (Gazette médicale de Lyon, p. 239.)

Oblitération complète du canal de l'urètre par une cicatrice fibreuse, par MM. Legendre et Bastien. (Société de biologie, mai ; Gazette médicale de Paris, p. 464.)

L'oblitération siége au niveau de la portion membraneuse; là, le stylet ne rencontre aucun orifice. En arrière, il y a un cul-de-sac ampullaire situé sur le côté de la ligne médiane, et d'où partent plusieurs trajets fistuleux, dont l'un, longeant le point rétréci, vient s'ouvrir dans l'urètre au-dessous de l'oblitération. —Remarques : Il n'existe pas de cas bien avéré d'oblitération de l'urètre due à un rétrécissement. La pièce n'est pas assez nette pour trancher la question.

Ponction prostatique de la vessie et restauration de l'urètre dans un cas de destruction étendue de ce canal par une contusion du périnée, par M. J.-E. Pétrequin. (Gazette médicale, p. 185.)

Rupture traumatique de l'urètre, par MM. L. Labbé et P. Tillaux. (Gazette des hôpitaux, p. 193.)

En même temps il existait un écartement considérable des deux bouts, rétention d'urine, recherches infructueuses du bout postérieur du canal pendant quarante jours, sonde à demeure; restauration du canal.

Rupture de l'urètre. — Infiltration urineuse. — Fracture du pubis. — Mort le huitième jour, par M. Jamain. (Gazette des hôpitaux, p. 438.)

Polypes ou fongosités de l'urètre, par M. Méran. (Union médicale de la Gironde, août.)

Ces fongosités avaient produit une rétention d'urine; le cathétérisme avec des sondes de gros calibre n'était pas difficile, mais il déterminait une légère hémorrhagie. L'opération a été faite au moyen d'un instrument composé d'une sonde creuse droite, percée d'une large fenêtre, et ayant dans son intérieur une autre sonde mobile taillée en biseau ou en bec de plume à son extrémité et tranchante en même temps. On introduit l'appareil et on sent parfaitement le point où se trouve le polype, par la fixation que subit la sonde. Alors on fait mouvoir la sonde intérieure, qui vient raser tout ce qui fait hernie dans la cavité de la fenêtre. Quatre séances suffirent pour enlever le polype ou plutôt les fongosités qui, dans ce cas, obstruaient l'urètre.

Kystes terreux rendus par le canal de l'urètre, par M. Seux. (Moniteur des hôpitaux, p. 66.)

Une dame éprouve de temps en temps de la dysurie et rend, au milieu de grandes douleurs, de petits corps constitués par une enveloppe membraneuse et un contenu granuleux d'apparence terreuse, et reconnu pour de l'acide urique. Quant à leur volume, il était de 1 centimètre dans leur plus grand diamètre, et de 5 à 6 millimètres dans le plus petit, avec une épaisseur de 3 à 4 millimètres.

Injections de chlorure de zinc dans le traitement des urétrites, par M. Legouest. (Gazette des hôpitaux, p. 46.)

L'auteur a traité par ces injections un grand nombre d'urétrites, récentes et anciennes; il résulte de ces expériences que les injections de chlorure de zinc, à la dose de 1/1000 et 1/500, ne sont pas en général douloureuses ; qu'elles déterminent rarement des accidents; qu'elles modifient rapidement l'écoulement ; que, dans le plus grand nombre des urétrites aiguës, elles calment l'inflammation et la douleur; enfin qu'elles réussissent moins bien dans les écoulements simples et bénins (qu'elles ne guérissent ni mieux ni plus vite que les moyens les plus ordinairement usités) que dans les urétrites franchement aiguës et

dans les urétrites chroniques ; enfin que c'est dans ces dernières, dans les urétrites chroniques très-anciennes surtout, que ce traitement paraît jouir d'une efficacité réelle et vraiment remarquable.

Modification dans le traitement de la blennorrhagie, par M. Piorry. (Gazette des hôpitaux, p. 330.)

M. Piorry, reconnaissant que les balsamiques agissent en communiquant à l'urine des qualités particulières, veut qu'on donne le cubèbe et le copahu à petites doses, souvent répétées : l'urine sera ainsi toujours imprégnée du principe médicamenteux.

Traitement de la blennorrhagie urétrale par le vin de colchique opiacé, par M. Eisenmann. (Bulletin général de Thérapeutique, t. LVI, p. 412.)

Bons résultats obtenus par l'auteur. On prescrit 12 grammes de vin de colchique et 2 grammes de teinture d'opium ; le malade en prend 18 à 20 gouttes trois fois par jour. Boisson mucilagineuse et repos.

Teinture alcoolique d'aloès contre la blennorrhée, par M. Gamberini. (Il Filiatre sebezio, et Gazette médicale de Lyon, p. 409.)

Un jeune homme était atteint, depuis quelques mois, d'un suintement que les injections de sulfate de zinc, d'ergotine, de perchlorure de fer n'avaient pu que diminuer. M. Gamberini prescrivit trois injections par jour avec le mélange suivant :

Eau	120	grammes.
Teinture alcoolique d'aloès.	16	—

Au bout de quinze jours, toute trace d'écoulement avait complétement disparu. L'emploi de ce topique ne causait qu'une légère cuisson momentanée. — L'auteur a obtenu, de la même manière, d'autres succès également encourageants. — D'après l'auteur, ce n'est pas là un spécifique de la blennorrhée ; car il l'a vu échouer un certain nombre de fois.

Arthrite blennorrhagique, par M. Pertusio. (Gazette médicale, p. 624.)

Du rhumatisme blennorrhagique, par M. Ch. Sordet.
(Thèses de Paris, n° 136.)

On trouve dans cette thèse une très-bonne étude de cette affection. L'auteur y a mis à profit les travaux les plus modernes sur la question, et en particulier ceux de M. Rollet, son maître.

Appareil contre la blennorrhagie, par M. Diday.
(Gazette médicale de Lyon, p. 240.)

Cet appareil a pour but de comprimer la partie antérieure de l'urètre, pour permettre aux liquides injectés et à l'urine, chargée de copahu, de séjourner un plus long temps dans l'urètre. — C'est une tige d'acier ployée en deux, garnie de caoutchouc et pourvue d'un fermoir qui permet de rapprocher plus ou moins les extrémités.

Opération simultanée du paraphimosis et du phimosis; — Nouveau procédé opératoire, par M. Fano. (Gazette des hôpitaux, p. 466.)

Nouvelle méthode pour opérer la réduction du paraphimosis, par M. Van Dommelen. (Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie de Bruxelles, mai.)

M. Van Dommelen, après avoir fait remarquer combien la réduction du paraphimosis est quelquefois difficile pour le chirurgien et douloureuse pour le malade, décrit une méthode qui lui a souvent réussi. Il prend une bandelette d'emplâtre agglutinatif d'un demi-mètre de longueur et d'un tiers de centimètre de largeur; il place le milieu de cette bandelette sur la base du gland près de son bord, en en laissant libre cependant une cinquième partie, et il la roule tout autour du gland, en ayant soin de la serrer graduellement jusqu'à l'orifice de l'urètre, où un dixième du gland doit également rester libre. Ayant ainsi considérablement diminué la circonférence du gland, il place les pouces au devant de celui-ci et les deux premiers doigts de chaque main autour et derrière le prépuce, en prenant toujours le soin de maintenir les extrémités de la bandelette sous les pouces. En dirigeant ainsi le gland et le prépuce en sens inverse, le paraphimosis est bientôt réduit, et la bandelette peut être enlevée par les deux extrémités.

Nouveau procédé de circoncision pour remédier au phimosis et à l'imperforation du prépuce, par M. Ridreau. (Journal de médecine et de chirurgie pratiques, février.)

L'auteur décrit ainsi le procédé de circoncision qu'il a ima-

giné et qui repose sur ce fait anatomique, que la peau de la verge vient se souder à la muqueuse préputiale, non pas en se rétrécissant par diminution de substance, mais bien en s'accommodant par froncement à l'ouverture qui lui est imposée. — *Mode opératoire.*—Tendre le prépuce en tirant la muqueuse en avant, et la peau en arrière, de manière à mettre à nu le limbe préputial. Introduire, dans le cas de phimosis, une petite tige de bois cylindro-conique dans l'ouverture du prépuce. Couper par une incision circulaire, à un millimètre environ du limbe et n'attaquer que la peau, qui se retire alors sur le gland. Maintenir la muqueuse sur la petite tige de bois et couper circulairement la quantité nécessaire de cette muqueuse, pour donner un libre jeu au gland, dans l'ouverture qui résultera de cette ablation. — Joindre les deux lèvres saignantes de la peau et de la muqueuse par des sutures, au moyen de fines épingles à insectes, maintenues par des fils entortillés. Enfin ramener tout le prépuce sur la verge. Pansement simple, arrosé avec de l'eau froide, si on le juge nécessaire. — La cicatrice qui résulte de cette opération est linéaire; elle se trouve en dedans du prépuce, et la peau remplace la muqueuse enlevée. — Cette opération peut se pratiquer avec le bistouri, avec des ciseaux ou des tenailles incisives. Toute la question est de maintenir le prépuce tendu et d'en mettre le limbe à découvert.

Inflammation du gland et du prépuce, par M. Henry.
(Union médicale, t. II, p. 594.)

De la gangrène du prépuce, par M. Venot fils.
(Journal de médecine de Bordeaux, février.)

M. Venot rapporte trois cas de gangrène du prépuce, qu'il a pu observer en même temps à l'hôpital comme complication d'accidents vénériens. Dans les deux premiers cas, une portion plus ou moins grande du prépuce fut détruite ; dans le troisième, le gland s'était engagé dans une fenêtre ouverte à la partie dorsale du prépuce, dont l'extrémité, logée en dessous et dirigée en bas, donnait au pénis un aspect bifide.

Torsion congénitale de la verge.—Hypospadias supérieur, par M. Guerlain. (Bulletin de la Société anatomique, p. 87.)

Cancroïde de la verge et du scrotum, par M. Royer.
(Bulletin de la Société anatomique, p. 3.)

Traité des maladies des voies urinaires, par M. Phillips. (Paris, G. Baillière; in-8, VIII-676 pages, avec figures dans le texte.)

Cet ouvrage, remarquable sous plusieurs rapports, est précédé d'un aperçu anatomique de l'appareil urinaire, résumant les travaux récents, et ayant pour but unique de préciser le siége de ces maladies, et le lieu où les opérations qu'elles nécessitent doivent être faites. — La première partie contient les *maladies de l'urètre*, à l'exception de l'urétrite aiguë. On y trouve l'histoire de la dilatation des rétrécissements de l'urètre, obtenue par l'emploi des cathéters de métal dont l'augmentation des diamètres est petite et régulière. — L'auteur a insisté sur la nécessité d'attaquer avec persévérance les rétrécissements de l'urètre dits *infranchissables*. — Dans la deuxième partie sont réunies les *maladies de la prostate et de la vessie*. — La troisième partie enfin renferme l'*affection calculeuse*, la *lithotritie*, les *corps étrangers* introduits dans l'appareil urinaire et leur extraction sans opération sanglante.

Pathologie des ovaires et des testicules, par M. Béraud. (Académie des sciences, 28 mars.)

Recherches sur l'orchite et l'ovarite varioleuses, par M. Béraud. (Archives générales de médecine, mars, p. 274.)

M. Béraud, dans ce mémoire, montre que, sous l'influence de la variole, il existe assez fréquemment une orchite, qui est périphérique ou parenchymateuse (vaginalite et épididymite). L'éruption variolique se fait comme sur les muqueuses et sur les séreuses. — L'ovaire est exposé aux mêmes altérations par la même cause. La maladie apparaît et disparaît avec l'éruption cutanée.

De l'ovarite, par M. Becquerel. (Gazette des hôpitaux, p. 137.)

Ovaire et ovarite, par M. Vincent. (Thèses de Paris, n° 268.)

Parmi les organes génitaux, l'ovaire doit occuper le premier rang au double point de vue physiologique et pathologique. — L'ovarite est une affection très-fréquente chez les jeunes filles; elle entretient l'inflammation chronique de l'utérus et cause souvent la stérilité. — Telles sont les principales opinions émises dans cette thèse.

Kyste de l'ovaire, par M. Coulon. (Bulletin de la Société anatomique, p. 340; 1858.)

Ponction abdominale des kystes de l'ovaire. — Leur traitement, par M. Baldy. (Thèses de Paris, n° 241.)

L'auteur passe en revue les divers accidents qui peuvent résulter de la ponction abdominale des kystes de l'ovaire (hémorrhagie, syncope, blessure des organes de l'abdomen, épanchement du liquide kystique dans le péritoine, inflammation du kyste) ; il étudie ensuite les moyens propres à éviter ces accidents et à les combattre. Conclusions. — Un traitement médical doit être essayé surtout au début de l'affection. — La ponction n'est que palliative ; elle active la reproduction du liquide et devient plus souvent nécessaire à mesure qu'on la pratique davantage. — La ponction est assez fréquemment la cause d'accidents graves et même souvent mortels. — On doit réserver la ponction pour les cas où l'évacuation du liquide doit faire cesser des symptômes alarmants. — La ponction suivie de l'injection iodée n'offre pas plus de dangers que la ponction simple : elle constitue assez souvent un traitement curatif. — Les indications et les contre-indications se tirent principalement de la nature du liquide et de la consistance des parois du kyste.

Kystes multiloculaires de l'ovaire, par M. Molland. (Bulletin de la Société anatomique, p. 448; 1858.)

Nouvel instrument pour le diagnostic des kystes de l'ovaire, par M. Hewit. (Gazette médicale de Lyon, p. 169.)

Cet instrument, désigné sous le nom de *sonde ovarienne*, consiste en un trocart ordinaire, dont la canule est munie d'un diaphragme en caoutchouc percé d'une petite ouverture à son centre. Le trocart est plongé dans la tumeur ; on retire la canule ; puis, avant que le liquide ait pu sortir, on introduit dans la canule une tige mince, formée du même métal que la sonde utérine, et par conséquent flexible, de 56 centimètres de longueur. Le chirurgien peut, à l'aide de cette tige qu'il meut dans tous les sens, explorer à son aise l'intérieur de la tumeur dont il veut déterminer la composition.

Rupture d'un énorme kyste ovarique dans le péritoine. — Guérison radicale, par M. Farrar. (Gazette hebdomadaire, p. 63.)

Perforation spontanée d'un kyste ovarique, par M. Goddar. (Gazette hebdomadaire, p. 494.)

Trois observations de perforations spontanées dans le péritoine.

Guérison spontanée d'un kyste de l'ovaire, par M. E. Lumpe. (Archives générales de médecine, février, p. 239.)

Ouverture dans le gros intestin.

Ponction d'un kyste de l'ovaire. — Mort, par M. Pitman. (Gazette hebdomadaire, p. 605.)

Kyste pileux et osseux de l'ovaire droit, par M. Boinet. (Société de chirurgie, 28 septembre.)

Kystes abdominaux tubaires, par M. Letenneur. (Gazette des hôpitaux, p. 50.)

Résumé statistique de soixante et une ovariotomies entreprises ou exécutées en Allemagne, par M. G. Simon. (Archives générales de médecine, mars, p. 352.)

Sur les moyens de diminuer la mortalité à la suite de l'ovariotomie, par M. Wells. (Dublin quarterly Journal of medical science, novembre 1859; Archives générales de médecine, décembre, p. 734.)

M. Wells a obtenu cinq guérisons sur huit cas d'extirpation de tumeurs ovariques. — Les adhérences de la tumeur avec le péritoine ne sont pas une contre-indication — Opérer dans une chambre chaude, sans découvrir ni mouiller la patiente inutilement. — Dans la séparation des adhérences, on liera ou l'on tordra les petites, et on rompra les grosses avec l'écraseur linéaire. — M. Wells nettoie soigneusement la cavité péritonéale du sang et des liquides dont la décomposition est la première cause de la phlegmasie consécutive si redoutée, puis il réunit la plaie abdominale par la suture.

Ovariotomie; succès, par M. Bennet. (Gazette médicale, p. 157.)

Tumeurs ovariques, par M. Lesouef. (Bulletin de la Société anatomique, p. 37.)

Anatomie pathologique d'une hémorrhagie ayant son siége dans une vésicule ovarienne, par M. Guyon. (Gazette médicale, p. 465.)

Hémorrhagies de la trompe de Fallope, par M. Puech. (Gazette hebdomadaire, p. 40.)

L'auteur rapporte deux observations pour démontrer l'existence des hémorrhagies morbides de la trompe.

Phlegmasies chroniques de l'utérus, par M. Becquerel. (Académie de médecine, 19 juin.)

Suivant l'auteur, ces affections déterminent, lorsqu'elles ont duré quelque temps et avec une certaine intensité, une anémie très-caractérisée, qui se traduit par un état morbide général tout spécial. Leurs causes, toutes locales, sont les avortements, les accouchements, surtout lorsqu'ils sont laborieux; les excès de coït, surtout quand l'utérus est naturellement peu élevé ; la propagation au col d'une vaginite aiguë ou chronique ; les congestions sanguines répétées, dues à une insuffisance de la menstruation ou à une aménorrhée habituelle. — Pour le traitement des phlegmasies chroniques de l'utérus, M. Becquerel recommande l'emploi du tannin pur ou en solution concentrée, accompagné d'injections d'eau fraîche.

De la métrite chronique, par M. Roziers. (Thèses de Paris, n° 106.)

De l'inflammation chronique du col de l'utérus, par M. A. Gérard. (Thèses de Paris, n° 29.)

Affections chroniques de la matrice ; leur traitement, par M. Arnould. (Thèses de Paris, n° 264.)

Note sur la métrite interne granuleuse ou folliculaire chronique (granulations de la muqueuse utérine souvent appelées fongosités utérines) et de son traitement par la cautérisation intra-utérine avec l'azotate d'argent en nature, à l'aide d'un porte-caustique, par M. Costilhes. (Gazette hebdomadaire, p. 19.)

M. Costilhes n'a jamais rencontré les fongosités telles qu'elles ont été décrites ; il repousse la curette. Après le curage de l'utérus, après l'abrasion de sa face interne, on cautérise la surface dénudée avec le nitrate d'argent, pour obtenir la cicatrisation ; pourquoi ne pas commencer par là ? — Aux fongosités utérines, M. Costilhes substitue la métrite folliculaire ou granuleuse; au lieu de la curette, il emploie un porte-caustique particulier, qui fait la cautérisation de la cavité utérine, *sans la récurer*. — La métrite granuleuse se reconnaît localement à ce que, si on pratique le cathétérisme au moyen d'une bougie conique à bout olivaire, on éprouve quelque difficulté à faire pénétrer le cathéter, on sent des points d'arrêt et on retire la bougie ou la sonde (M. Costilhes se sert aussi de l'hystéromètre en argent) recouverte de mucosités sanguinolentes. Ce caractère est un signe pathognomonique de la présence des granulations et des follicules muqueux engorgés ou bien de l'état vari-

queux de la muqueuse utérine. — Les femmes affectées de métrite granuleuse ont des névroses, de l'irrégularité de menstrues, des métrorrhagies, qui n'ont jamais fait défaut, un écoulement muqueux ou séro-sanguinolent. — Après le cathétérisme, M. Costilhes introduit dans l'utérus un porte-caustique plus fort que celui de Lallemand, plus long, avec une cuvette plus large et ayant une forme rectiligne, à partie supérieure amincie et montée sur un manche. Pour cela, il applique le spéculum, ce qui est important pour la facilité de la manœuvre ; il nettoie le col, et, le porte-caustique étant introduit, il le fait tourner lentement, de manière à cautériser tous les points de la cavité utérine. — Il a suffi de deux ou quatre cautérisations pour guérir radicalement les malades dont M. Costilhes rapporte les observations. — L'honneur de la guérison paraît revenir tout entier au traitement local, car le traitement général par l'ergotine et le quinquina avait complétement échoué.

Emploi du perchlorure de fer dans le traitement de la métrite chronique, par M. Deleau. (Gazette des hôpitaux, p. 160.)

M. Deleau cite des observations de guérison de cette affection par le perchlorure de fer en applications locales et administré à l'intérieur.

De l'emploi du perchlorure de fer dans quelques affections de l'utérus, par M. A. Masgana. (Thèses de Paris, n° 202.)

Deux observations. Conclusions pratiques : — Dans la métrorrhagie, le perchlorure de fer est un agent hémostatique très-puissant et très-sûr ; il est bien préférable à la cautérisation au fer rouge, et il a sur elle l'avantage de ne pas effrayer les malades. — Dans les engorgements chroniques, soit du corps, soit du col de l'utérus, il peut rendre de très-grands services, en modifiant les tissus et en se combinant avec l'albumine des liquides qui s'écoulent par les organes génitaux, de manière à former un composé insoluble : dans ce cas, il est au moins aussi astringent que le tannin. — C'est un médicament d'un emploi facile et commode, que le médecin peut toujours avoir sous la main, tandis qu'il faut attendre que le crayon de tannin soit solidifié pour qu'on puisse l'employer. — C'est un agent qui, s'il ne guérit pas complétement, soulage au moins autant que les autres astringents et de plus est inoffensif dans tous les cas.

Emploi des vésicatoires sur le col de l'utérus dans les affections de cet organe, par M. Johns. (Union médicale, t. IV, p. 325.)

Méthode de traitement des affections du col de l'utérus, par M. E. Combes. (Académie de médecine, 19 juillet.)

L'auteur a disposé toutes les substances, ordinairement appliquées sur le col utérin, sous une forme telle qu'elle pût être facilement appliquée par la femme elle-même, sans le secours d'une main étrangère, et retirée avec la même facilité. Le séjour du topique sera plus ou moins prolongé, mais sa durée devra toujours être fixée par le médecin. — Les substances astringentes ou caustiques, le tannin, le ratanhia, le sulfate d'alumine et de potasse, les préparations d'iode, le sulfate de zinc, le nitrate d'argent, le perchlorure de fer à divers degrés, peuvent être appliqués au moyen d'un excipient qui, sans les altérer, leur donne une forme appropriée, d'un usage prolongé et par conséquent peu dispendieux. Un seul appareil suffit pour un long traitement.

Crayons cylindriques au tannin contre certaines affections de l'utérus, (Bulletin général de Thérapeutique, t. LVII, p. 365.)

Quelques réflexions sur les ulcères non spécifiques du col de l'utérus, par M. F. Habert. (Thèses de Paris, n° 203.)

Inflammation péri-utérine. — Symptômes et traitement, par M. A. Aran. (Bulletin général de Thérapeutique, t. LVII, p. 110.)

Recherches critiques sur la nature et le siége des phlegmons péri-utérins, par M. Lescazes. (Thèses de Paris, n° 16.)

M. Lescazes passe en revue les différentes opinions qui règnent dans la science sur cette affection et termine par une analyse du mémoire de M. Bernutz. Conclusions : 1° Le tissu cellulaire qui environne l'utérus est toujours à l'état sain; par conséquent il faut rejeter l'existence de ces phlegmons subaigus ou chroniques, que l'on a prétendu siéger dans ce tissu. — 2° Ces tumeurs péri-utérines doivent être, le plus souvent, rapportées à des inflammations partielles du péritoine, résultant elles-mêmes de l'état morbide des organes que cette membrane recouvre. — 3° Il peut se faire qu'on ait rencontré quelquefois des tumeurs autour de l'utérus dues à un engorgement congestif partiel (cas de M. Duparque), ou à une métrite chronique partielle, comme semble le prouver une observation de Mme Boivin.

Phlegmasies circum-utérines, par M. N. Guéneau de Mussy. (Gazette des hôpitaux, p. 477, 487.)

Phlegmons péri-utérins ou des ligaments larges, par M. A. Nonat. (Gazette des hôpitaux, p. 502.)

Quelques considérations sur l'hématocèle rétro-utérine, par M. Coquard. (Thèses de Paris, n° 17.)

Bonne étude pour laquelle l'auteur a mis à profit les travaux antérieurs et sept observations qu'il a recueillies.

De la phlegmasie circum-utérine, par M. d'Auriol. (Thèses de Paris, n° 224.)

Trois cas de tumeurs aiguës intra-pelviennes ; diagnostic différentiel ; traitement, par M. A. Gauchet. (Union médicale, p. 437, 470.)

Des trois malades, deux avaient un phlegmon péri-utérin, et la troisième une hématocèle rétro-utérine. L'auteur établit le diagnostic, et il fait remarquer que le traitement doit être le même dans ces cas (traitement antiphlogistique).

Prolapsus complet de l'utérus, traité et guéri par la méthode hèphestioraphique, par M. Gaillard. (Académie des sciences, 21 mars, 17 octobre.)

Quatre observations nouvelles, dont deux donnent occasion de faire remarquer que, dans certains cas, il y a double indication à remplir, de sorte que l'on ne doit songer à l'opération destinée à contenir le prolapsus qu'après avoir combattu la phlegmasie chronique et l'hypertrophie de l'organe qui en est souvent une conséquence.

Allongements hypertrophiques du col de l'utérus, par M. Huguier. (Académie de médecine, 8, 15, 22, 29 mars, 5, 12, 19 avril.)

La chute de l'utérus, qu'elle soit complète ou incomplète, n'est pas une seule maladie, mais bien un ensemble de plusieurs affections désignées par un seul mot. — Lorsque l'utérus vient faire saillie au dehors, lors même que le vagin est complétement renversé et que la matrice, par le volume de la tumeur au centre de laquelle elle se trouve, semble entièrement précipitée entre les cuisses, ce n'est pas, dans la très-grande majorité des cas, parce qu'elle est abaissée dans son ensemble, et complétement sortie du bassin, mais bien parce qu'elle a subi un allongement hypertrophique partiel ou général. — Dans l'affection désignée sous le nom de *précipitation*, l'allongement hypertrophique n'est pas l'exception, mais bien la règle très-générale. — Deux variétés principales d'hypertrophie longitudinale : la sous et la sus-vaginale, qui constituent en quelque sorte deux maladies différentes, peuvent simuler la descente et

la précipitation de la matrice. — *Première partie.* Dans la première espèce d'allongement, le col de la matrice forme, dans la cavité du vagin, une saillie cylindroïde ou conoïde, plus ou moins allongée, dont l'extrémité libre s'approche de l'ouverture vulvaire ou même s'engage entre les lèvres de la partie, sans que le conduit vulvo-utérin soit raccourci, invaginé, ou renversé sur lui-même. — Elle a été, jusque dans ces derniers temps, confondue avec l'abaissement et la descente de la matrice, lorsqu'elle n'a pas été prise et traitée pour un polype, un renversement chronique, un kyste folliculaire, un squirrhe du col ou une hydropisie de cette partie. — Aucune description complète n'en avait encore été donnée, bien qu'elle ait des caractères très-tranchés sous le rapport de son développement, de ses symptômes et de son traitement. — Les moyens médicaux et les diverses espèces de cautérisation ne sont applicables qu'aux hypertrophies légères et à celles compliquées d'inflammation et d'engorgement. — Les pessaires sont le plus souvent inutiles ou dangereux. — Lorsqu'un allongement hypertrophique du museau de tanche détermine des accidents sérieux, et qu'il a une longueur de 5 à 7 centimètres, il n'y a qu'un moyen véritablement efficace et curatif à employer : c'est la résection du col à un demi-centimètre au-dessous de l'insertion du vagin. — *Seconde partie.* La maladie que l'on a désignée jusqu'à ce jour sous les noms de *prolapsus*, de *précipitation* ou de *chute complète de l'utérus*, n'est très-généralement autre chose qu'une hypertrophie longitudinale de la portion *sus-vaginale* de l'organe, dont le corps et le fond sont restés dans la cavité pelvienne, bien que le vagin soit entièrement renversé, et que la tumeur pendant entre les cuisses ait une longueur égale ou supérieure à celle de l'utérus à l'état normal. — Les faits d'allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col, que l'on trouve rapportés çà et là dans les auteurs des deux derniers siècles et de celui-ci, étaient passés inaperçus, et avaient été jusqu'à présent entièrement perdus pour la science. — Les auteurs mêmes de ces faits n'en avaient tiré aucune conclusion pratique, et avaient toujours confondu cette affection avec la véritable précipitation de l'utérus. — On ne trouve dans presque aucun ouvrage des preuves irrécusables, séméiotiques et anatomo-pathologiques, de l'existence de la chute de l'utérus. — Au contraire, les faits d'anatomie pathologique que nous avons décrits, ceux que plusieurs de nos collègues ont, depuis nos observations, démontrés à la Société de chirurgie, et ceux contenus dans le musée Dupuytren, prouvent la fréquence de l'allongement hypertrophique et celle de la chute du col, seulement dans l'affection appelée *précipitation de la matrice.* — L'hypertrophie longitudinale de la portion sus-vaginale du col et la chute de l'utérus ont des caractères pathologiques et séméiotiques diffé-

rents qui servent à distinguer ces deux affections. — Le relâchement, l'affaiblissement et la destruction forcée, pas plus que la destruction des ligaments larges ou des ligaments ronds, ne concourent d'une manière bien efficace à la chute de l'utérus ; il n'en est pas de même des altérations analogues des ligaments utéro-lombaires. — Dans le traitement de cette affection, on ne devra avoir recours à une opération sanglante ou chirurgicale proprement dite que lorsqu'elle détermine des accidents sérieux et que l'on a la certitude que les moyens médicaux et prothétiques sont insuffisants. — Toutes les opérations qui ont été inventées jusqu'à ce jour pour remplir les indications thérapeutiques qu'elle réclame sont insuffisantes ; elles peuvent être utiles dans le cas de simple chute de l'utérus, sans allongement hypertrophique, et sous ce rapport elles doivent rester dans la science.— Dans cet allongement hypertrophique du col, suivi de la précipitation de cette partie et du renversement du vagin, la seule opération qui remplisse les principales indications et qui puisse être suivie de succès, c'est l'amputation du col au-dessus de l'insertion du vagin, plus ou moins près du corps de l'organe, suivant le degré de l'allongement. — Cette opération ne devra jamais être pratiquée avant d'avoir pris préalablement des précautions contre les inflammations consécutives. Ces précautions devront être continuées avec le plus grand soin pendant les quinze ou vingt premiers jours qui les suivront. Les artères du tissu utérin sont très-difficiles à saisir et à lier ; il faut se servir, pour y arriver promptement et sûrement, d'une espèce de ténaculum, qu'on laisse à demeure jusqu'à ce qu'il tombe spontanément. — L'écraseur linéaire nous a paru utile pour terminer la section du col, surtout si cette partie est très-vasculaire. — Lorsque la maladie est précédée d'une rectocèle ou d'une cystocèle volumineuses, ou même de ces deux affections à la fois, après avoir enlevé le col, il peut être nécessaire d'opérer isolément les hernies du rectum et de la vessie, comme cela nous est arrivé plusieurs fois avec succès. — L'opération est contre-indiquée lorsqu'il existe tout à la fois un bassin et une ouverture vulvaire fort larges, un périnée plus ou moins déchiré, et un affaiblissement considérable de toutes les parties molles qui forment le plancher du bassin. — Lorsque l'on n'opère pas dans les conditions indiquées dans la précédente conclusion, la maladie ne récidive pas, et la santé redevient aussi florissante qu'elle était avant le développement de l'affection.

M. *Depaul* a fait un long discours qu'il résume ainsi :

L'allongement hypertrophique de la portion *intra-vaginale* du col de l'utérus est une affection depuis longtemps bien connue et bien décrite.—On ne saurait confondre cet état ni avec un abaissement de l'utérus plus marqué, ni surtout avec un abaissement dans lequel une portion plus ou moins considérable de l'organe

a franchi l'anneau vulvaire. — Le palper abdominal, l'introduction du doigt dans le vagin et le rectum, et l'inspection directe, suffisent, dans tous les cas, pour établir un diagnostic certain, sans qu'il soit nécessaire de recourir au cathétérisme utérin, moyen qui peut avoir les conséquences les plus funestes, et qu'il faut réserver pour quelques cas exceptionnels, dans lesquels il peut servir à éclairer le diagnostic de certaines affections utérines. — Les moyens médicaux convenablement employés et les cautérisations surtout suffisent à peu près à tous les cas. — Dès lors il ne convient pas de généraliser l'amputation de cette partie de l'utérus, même dans les conditions qui ont été posées par notre savant collègue. — Enfin, malgré les observations rapportées par lui et tirées de sa pratique, cette opération doit être considérée comme une des plus graves de la chirurgie, et il ne faut pas oublier qu'elle a déjà coûté la vie à plusieurs malades.— L'allongement hypertrophique limité à la portion *sus-vaginale* du col n'existe pas. — L'état décrit par M. Huguier sous cette dénomination n'est autre chose que l'hypertrophie de l'utérus dans sa totalité (hypertrophie qui est surtout apparente vers l'extrémité inférieure du col ou dans le corps de l'organe), ou un allongement de l'organe sans hypertrophie, et quelquefois même avec atrophie. — Cet allongement de l'utérus, avec ou sans hypertrophie, était connu, ainsi qu'on peut le voir dans les ouvrages de M. Cloquet, de Dugès et Boivin, de M. Cruveilhier. — Les auteurs, depuis qu'on a sérieusement étudié les affections utérines, n'ont pas confondu cette disposition anatomique avec la chute complète de l'utérus. — Ils ont insisté au contraire sur cette hypertrophie partielle ou générale, qu'ils ont considérée comme cause ou conséquence de l'abaissement. — La chute de l'utérus, dans laquelle *une portion de l'organe seulement* a franchi la vulve est déjà rare, mais la chute complète est beaucoup plus rare encore. — Toutefois, il y a dans la science des exemples incontestables de cette chute complète, et il n'est pas de chirurgien un peu répandu qui, dans le cours de sa carrière, n'en ait vu quelques cas.—Le diagnostic de l'abaissement utérin, à ses divers degrés, s'établit avec toute la précision nécessaire à l'aide des modes d'exploration qui sont généralement employés (*palper abdominal*, *toucher rectal et vaginal*, *palper de la tumeur vulvaire*). — La sonde utérine, outre ses dangers, ne permet en aucune façon d'apprécier l'épaisseur des parois de la matrice, et, pour cette raison et pour d'autres encore, elle peut laisser ignorer la véritable longueur de l'organe, et d'ailleurs elle ne peut fournir le moindre renseignement sur les dimensions des autres diamètres de la matrice. — L'opération proposée par notre collègue pour quelques-uns de ces abaissements comporte tous les dangers dont j'ai parlé à propos de la simple amputation

du col, et en outre elle est rendue beaucoup plus périlleuse par l'étendue plus considérable de la plaie utérine et par le voisinage du péritoine, qu'en arrière surtout on est trés-exposé à blesser.

Allongement œdémateux du col utérin ; son diagnostic différentiel avec l'hypertrophie sous ou intra-vaginale de cet organe, par M. Huguier. (Gazette des hôpitaux, p. 605.)

Prolapsus utérin, par M. Tillaux.
(Bulletin de la Société anatomique, p. 119.)

Pièce anatomique déjà présentée à l'Académie. Courte discussion sur l'existence du prolapsus complet de la matrice.

Sur l'allongement hypertrophique du col de l'utérus, par M. Bertet.
(Union médicale, t. I, p. 585.)

Relation d'un fait, que l'auteur présente comme venant à l'appui des idées de M. Huguier.

Modifications anatomiques produites pendant l'abaissement de l'utérus, par MM. Legendre et Bastien. (Société de chirurgie, 13, 27 avril et 4 mai.)

Les auteurs ont produit des abaissements de l'utérus par des tractions sur le col, faites avec une grande force et avec une force moindre longtemps continuée. Ils décrivent les modifications que subissent les organes voisins, vessie, ligaments, péritoine, etc. Ces lésions secondaires se rapprochent de celles que l'on trouve sur le vivant dans les cas d'abaissement pathologique.

Métrite du col avec allongement considérable de cet organe,
par M. Lefebvre. (Gazette hebdomadaire, p. 162.)

Prolapsus utérin avec allongement considérable du col,
par M. Campana. (Bulletin de la Société anatomique, p. 35.)

Allongement avec hypertrophie du col de l'utérus, par M. Roché.
(Gazette des hôpitaux, p. 302.)

Prolapsus utérin au septième mois de la gestation. — Accouchement prématuré ; dystocie produite par l'état du col ; incisions multiples du col. — Huit mois plus tard, avortement accompagné d'une métrorrhagie très-grave ; bon effet des injections froides dans l'utérus.

Allongement hypertrophique du col utérin. — Excision pratiquée avec succès chez une jeune fille vierge. (Bulletin général de Thérapeutique, t. LVI, p. 574.)

Coup d'œil historique sur la question du prolapsus utérin, par M. Verneuil. (Gazette hebdomadaire, p. 182, 198.)

Etudes critiques sur les allongements du col et le prolapsus utérin ; énumération et examen des diverses méthodes de traitement.

Allongement hypertrophique du col de l'utérus, par M. Stoltz. (Gazette hebdomadaire, p. 354.)

Dans cette note, M. Stolz rappelle les travaux de Levret sur les allongements du col de l'utérus.

Rétroversion de l'utérus causant une rétention d'urine, par M. Basham. (Union médicale, t. IV, p. 96.)

Du prolapsus utérin, par M. Bertheau. (Thèses de Paris, n° 177.)

Le prolapsus utérin n'est pas au-dessus des ressources de l'art. Parmi les tentatives de cure radicale, le procédé de M. Desgranges est peut-être celui qui compte le plus de faits en sa faveur.

Guérison du prolapsus utérin par la galvano-caustique, par M. C. Braun. (Union médicale, t. IV, p. 130.)

Réduction d'un renversement ancien de l'utérus, par M. Prigdin-Teale. (Archives générales de médecine, septembre, p. 352.)

Electrisation de l'utérus; possibilité de redresser l'utérus fléchi par l'emploi de l'électricité, par M. Fano. (Union médicale, t. IV, p. 308.)

M. Fano rapporte quatre observations de redressement de l'utérus après une ou plusieurs séances d'électrisation. Un des pôles est appliqué sur le col de l'utérus, l'autre dans l'une des régions inguino-pubiennes, au niveau de la terminaison des ligaments ronds. La guérison a été obtenue dans des cas d'antéflexion, de rétroversion, etc.

Inversion de l'utérus réduite avec succès, par M. Mendenhall. (Gazette hebdomadaire, p. 622.)

Introversion de l'utérus, réduite par suite des cautérisations au chlorure de zinc, par M. Floret. (Gazette hebdomadaire, p. 622.)

Prolapsus utérin. — Cautérisation de la muqueuse vaginale, par M. Riquard. (Journal de médecine de Bordeaux, juin.)

Contention et guérison de prolapsus complets de l'utérus au moyen d'appareils prothétiques, par M. Demarquay. (Union médicale, t. II, p. 231.)

M. Demarquay cite des observations de guérison ou d'amélioration chez des malades ayant un prolapsus utérin réductible et sans hypertrophie du col. Ces résultats ont été obtenus au moyen de pessaires à air, en ayant soin de faire porter aux malades une ceinture périnéale (Gariel), qui sert de point d'appui et maintient le pessaire.

Renversement de l'utérus. (Journal du Progrès, p. 250.)

Essai sur la tumeur folliculaire hypertrophique de l'utérus, par M. Martin. (Thèses de Paris, nº 65.)

Dans la première partie, l'auteur décrit et donne les caractères microscopiques des différentes tumeurs qui peuvent se développer par une hypergénèse des éléments normaux de la muqueuse utérine. Dans la seconde partie, il s'occupe de la tumeur folliculaire hypertrophique en particulier. Ces tumeurs se reconnaissent à leur forme globuleuse, à l'absence de fluctuation, à leur peu de vascularité, à la dilatation du col qui les accompagne presque toujours : elles coïncident toujours avec de l'engorgement ou de la métrite. Le meilleur traitement consiste à les détruire avec le caustique Filhos, que M. Martin a vu appliquer plusieurs fois dans le service de M. Bourdon, lorsqu'il était son interne. L'emploi de ce caustique est formellement contre-indiqué : 1° à l'époque des règles ; 2° quand il y a une phlegmasie aiguë de l'utérus ou de ses annexes ; 3° quand il existe des noyaux d'induration dans les ligaments larges.

Amputation du col de l'utérus, pratiquée avec succès, pour un cancer encéphaloïde, par M. Fano. (Gazette des hôpitaux, p. 158.)

Gangrène partielle du col utérin, par M. Témoin. (Bulletin de la Société anatomique, p. 210.)

Tumeur polypeuse extra et intra-utérine, par M. Allaire. (Gazette des hôpitaux, p. 36.)

Polype intra-utérin, par M. Demarquay. (Société de chirurgie, 29 juin.)

Il avait amené par son développement une pression considé-

rable de la paroi antérieure de l'utérus et des parois de la vessie, sur la symphyse pubienne. — Destruction consécutive partielle de la paroi antérieure de l'utérus et des parois de la vessie. — Mort.

Des polypes fibreux de la cavité utérine, par M. Prad. (Thèses de Paris, n° 148.)

Polype pédiculé de l'utérus, par M. Schloss. (Bulletin de la Société anatomique, p. 445 ; 1858.)

Tumeur fibreuse volumineuse, par M. Ramsay. (Gazette des hôpitaux, p. 290.)

Elle avait son siége dans l'utérus. — Enucléation et élimination. — Guérison.

Des hypertrophies polypiformes du col utérin, par M. Puech. (Progrès, p. 371.)

Corps fibreux de l'utérus, par M. Gellé. (Bulletin de la Société anatomique, p. 485 ; 1858.)

Expulsion momentanée d'un corps fibreux de l'utérus, par M. Notta. (Société de chirurgie, 11 mai.)

Polypes fibreux et muqueux de la cavité utérine se reproduisant sans cesse ; ablation des polypes ; perforation et renversement de l'utérus, suivi de la gangrène de la totalité du corps ; guérison momentanée ; repullulation des polypes muqueux sur le col, qui lui-même devient le point de départ d'une énorme tumeur. — Mort.

Corps fibrineux du corps de l'utérus, par M. Augier. (Bulletin de la Société anatomique, p. 486 ; 1858.)

Polype utérin ressemblant, par sa forme générale, à une pomme de pin, et, par sa structure lobulée, au tissu du ris de veau, par M. Bourgeois. (Union médicale, t. II, p. 184.)

Polype utérin détaché spontanément, par M. Labadie. (Union médicale de la Gironde, janvier.)

Antéflexion de l'utérus, par M. Bennett. (Gazette médicale, p. 663.)

Rétrécissement du vagin consécutif à l'emploi du fer rouge dans les maladies utérines, par M. Anselmier. (Gazette des hôpitaux, p. 277.)

Oblitération de l'orifice externe du col utérin, par M. Routh. (Gazette des hôpitaux, p. 208.

Modification apportée au spéculum à trois valves à développement plein, par M. Elleaume. (Gazette des hôpitaux, p. 283.)

M. Elleaume fait remarquer combien il est quelquefois difficile de saisir dans l'ouverture du spéculum le col de l'utérus, par suite des déviations fréquentes dont cet organe est le siége. Il décrit un spéculum spécial qu'il a fait construire. Il a choisi le spéculum de Charrière, c'est-à-dire à trois valves, à développement plein, comme étant d'un emploi plus facile que les autres. L'extrémité vaginale a été coupée obliquement, de manière que le bord inférieur fait une saillie de 12 millimètres sur le bord antérieur; l'embout est découpé de telle façon que l'extrémité de l'instrument avec son embout ressemble à un *bec de flûte*. Ce spéculum s'introduit, comme tous les autres, jusque sur le col, dont on a préalablement fixé la position par le toucher; puis on tourne l'instrument de façon que le bord le plus saillant soit à la partie inférieure.—L'embout étant retiré, vous poussez légèrement l'instrument vers la concavité du sacrum; le bord supérieur étant échancré ne fait pas obstacle à ce mouvement; le bord inférieur s'introduit sous le col, et, au moyen d'un léger mouvement de bascule que vous faites opérer à l'instrument, le col arrive dans le champ du spéculum.

Modification au spéculum, par M. Andrieux. (Gazette des hôpitaux, p. 303.)

Emploi du seigle ergoté et de la digitale à hautes doses contre les hémorrhagies utérines, par M. Trousseau. (Union médicale, t. I, p. 570.)

Des hémorrhagies de l'utérus, par M. Moreau. (Thèses de Paris, n° 62.)

Métrorrhagies à l'époque des règles, par M. Decaisne. (Gazette des hôpitaux, p. 162.)

Elles étaient entretenues par des fongosités utérines, traitées sans succès par l'abrasion et la cautérisation.— Emploi de la digitaline. — Contractions utérines. — Cessation des accidents.

Aménorrhée pouvant faire croire à une grossesse. — Guérison par l'hydrothérapie. (Gazette hebdomadaire, p. 619.)

Emploi du perchlorure de fer dans quelques cas de métrorrhagie, par M. Fromont. (Gazette hebdomadaire, p. 189.)

Injections de chlorate de potasse dans les cas de leucorrhée et d'ulcération du col, par M. Brown. (Gazette médicale, p. 157.)

Utérus cancéreux, par M. Després. (Bulletin de la Société anatomique, p. 339; 1858.)

Tumeur du corps de la matrice ayant déterminé les signes d'iléus, par M. Gingeot. (Bulletin de la Société anatomique, p. 60.)

Passage et rétention d'un pessaire dans le cul-de-sac recto-vaginal, par M. Luders. (Union médicale, t. III, p. 238.)

Etudes sur les fistules vésico-vaginales, par M. Cafezogle. (Thèses de Paris, nº 97.)

De la fistule vésico-vaginale, par M. Bontemps. (Thèses de Strasbourg.)

Fistule vésico-vaginale, par M. Jobert. (Gazette des hôpitaux, p. 535.)

Cette fistule datait de près de trois ans. — Grossesse intercurrente. — Autoplastie par glissement. — Réunion par première intention.

Fistules génito-urinaires observées dans le service de M. Jobert pendant l'année scolaire 1857-1858, par M. A. Michel. (Union médicale, t. I, p. 21, 53.)

Diverses observations avec les particularités qu'elles ont présentées. La pratique de M. Jobert est assez connue pour qu'il soit inutile de l'exposer ici.

Opération de fistule vésico-vaginale pratiquée suivant la méthode américaine, par M. Robert. (Gazette des hôpitaux, p. 1, 5.)

M. Robert publie une observation de guérison obtenue chez une malade opérée par M. Bozeman. Il fait connaître le manuel opératoire du chirurgien américain ; on peut ainsi le résumer : les incisions sur les parties voisines sont inutiles et nuisibles, et l'opération ne doit comprendre que deux temps : l'avivement et la réunion.

On doit faire coucher la malade sur les genoux et sur les coudes : la tête est basse, les jambes sont fléchies sur les cuisses et celles-ci sur le bassin qui est relevé ; la paroi vésico-vaginale est placée en bas et est plus facilement accessible à la vue et aux instruments.— Les spéculums américains sont en forme de gouttière recourbée sur elle-même, afin que, l'instrument étant placé dans le vagin, l'ampoule rectale soit fortement refoulée vers le sacrum, et la cloison vésico-vaginale soit ainsi entièrement accessible à la vue.

L'avivement ne doit pas seulement porter sur une large surface, il faut qu'il porte non pas sur la partie vésicale de la perforation, mais bien sur la partie vaginale et aux dépens de la portion saine de la muqueuse.—M. Bozeman se sert d'une pince à dents de souris, recourbée sur elle-même et à ressort de serre-fine, avec laquelle il saisit le bord de la cicatrice sur lequel l'avivement doit porter. Cet avivement se fait à petits coups, lentement, en saisissant l'un après l'autre chaque point de la cicatrice. La suture ne doit comprendre que les tissus avivés et non la poche urinaire. C'est avec des fils d'argent que l'on opère la réunion de la plaie avivée ; mais tous n'ont pas les mêmes dimensions : ils sont de deux grosseurs, proportionnées aux efforts de traction que doivent supporter les différentes parties de la plaie ; les plus gros, du volume d'un crin de cheval, sont placés à la partie moyenne qui présente le plus grand écartement, et où l'on pourrait craindre que des fils trop minces ne coupent les tissus. — Ces fils sont passés dans les bords de la plaie à l'aide d'une aiguille que l'on monte sur un porte-aiguille muni d'un ressort à boudin. — Quand ils sont tous régulièrement placés, on les courbe dans le sens de la réunion, puis, pour les rapprocher et pour compléter l'anse de chaque fil, on engage les deux chefs du même fil dans une plaque métallique percée d'un très-petit trou, portée sur un manche, et, tandis que l'on tend les deux chefs du fil avec les doigts de la main gauche, on fait descendre l'anneau métallique le long du fil, de manière à en redresser les deux chefs, et par conséquent on forme ainsi une anse très-étroite au niveau de la plaie; pareille chose est faite pour chacun des fils, et les lèvres de la fistule se trouvent déjà presque entièrement rapprochées. — Quand ces anneaux sont passés sur les fils et sont arrivés au niveau de la plaie, on les écrase avec un davier et l'on obtient ainsi une compression solide sur les fils, qui remplace fort avantageusement les nœuds. M. Bozeman a pensé qu'il serait utile de faire porter la réunion, non pas directement sur la plaie, mais médiatement sur une lame de plomb qui se moule exactement sur la forme de la plaie, et qui exerce sur les lèvres réunies une pression douce et égale. — Il faut veiller à ce que l'urine ne s'accumule pas dans la vessie,

dont la distension pourrait amener la rupture des tissus réunis. — On emploie une sonde métallique à double courbure, en S, dont le bec se relève en sens inverse du bas-fond de la vessie, tandis que la première courbure se couche sur la plaie. — Les points de suture doivent rester *dix jours* en place.

Fistule vésico-vaginale guérie par le procédé de Bozeman, par M. Vallace. (Gazette médicale, p. 140.)

Des perfectionnements apportés à l'opération de la fistule vésico-vaginale par la chirurgie américaine, par M. Verneuil. (Gazette hebdomadaire, p. 7, 55, 119.)

M. Verneuil, après avoir rendu justice à M. Bozeman, examine quelques travaux, antérieurs à ceux de Bozeman, publiés en Amérique dans ces dernières années.

Fistule vésico-vaginale, par M. Verneuil. (Bulletin de la Société anatomique, p. 162.)

M. Verneuil montre une pièce provenant d'une femme qui n'avait subi aucune opération. La fistule siége près du col utérin, dans l'espace compris entre les deux uretères. L'auteur insiste sur deux points : le pourtour de l'ouverture est muqueux, et c'est à cette circonstance et non au contact de l'urine qu'il faut attribuer la persistance de la fistule. — Il faut, dans les opérations, aviver beaucoup la muqueuse vaginale et très-peu la muqueuse vésicale, suivant le conseil des chirurgiens américains. — La malade paraît avoir succombé à des accidents urémiques.

Influence de l'attitude des femmes pendant l'accouchement sur la production des fistules vésico-vaginales, par M. Ilvaine. (Gazette des hôpitaux, p. 128.)

M. Robert avait dit que les fistules vésico-vaginales étaient très-fréquentes en Amérique, et il attribuait cette fréquence à ce que les femmes, dans ce pays, accouchaient assises dans un fauteuil. M. Ilvaine écrit que cette attitude n'est pour rien dans la plus grande fréquence des fistules, attendu que les femmes accouchent dans un lit, comme en France.

Fistules vésico-vaginales, par M. Hergott. (Gazette médicale, p. 405.)

Deux observations : une des malades a guéri spontanément ; l'autre a subi une opération qui a réussi.

Guérison d'une fistule vésico-vaginale par la rugination, par M. Sprengler. (Archives générales de médecine, octobre, p. 486.)

Fistule vésico-vaginale récente, guérie par l'emploi du pessaire à réservoir d'air, par M. Maruéjouls. (Bulletin général de Thérapeutique, t. LVII, p. 217.)

Traitement des fistules vésico-vaginales et des fistutes vésico-utérines, par M. Simon. (Archives générales de médecine, p. 236, février.)

Fistule uretéro-utérine, par M. Puech. (Gazette des hôpitaux, p. 532.)

L'auteur publie comme un cas très-rare (M. Alquié en a publié un autre analogue, voir l'*Annuaire*, t. I, p. 215) une observation ayant pour titre : Accouchement laborieux ayant duré six jours. Rétention d'urine, puis écoulement continu par la vulve, dû à une fistule uretéro-utérine donnant lieu à plusieurs erreurs de diagnostic.

Déchirure du périnée datant de trente ans. (Gazette des hôpitaux, p. 83.)

Absence complète du vagin chez une femme âgée de vingt-neuf ans, par M. C. Coates. (Gazette des hôpitaux, p. 186.)

Stérilité guérie par la division du col de l'utérus, par M. Spencer Wells. (Med. Times, et Gazette des hôpitaux, p. 119.)

Absence complète de l'utérus, des trompes, du vagin et du rein droit, par MM. Bastien et Legendre. (Gazette médicale, p. 533.)

Oblitération complète du vagin chez une femme âgée, par MM. Legendre et Bastien. (Gazette médicale, p. 392.)

Cloaque vésico-vaginal avec imperforation de matrice, par M. Rigby. (Obstetrical Society of London, et Gazette médicale de Lyon, p. 264.)

M. Rigby a observé une jeune fille de seize ans qui offrait tous les symptômes du molimen menstruel, mais chez laquelle l'écoulement sanguin ne s'effectuait point. Ces accès périodiques devenant de plus en plus graves et commençant à altérer sa santé, elle entra à l'hôpital. M. Rigby reconnut que le vagin représentait un canal bifide, irrégulier, sans rien qui ressemblât

au col ni à l'ouverture de la matrice. La moitié inférieure de la paroi postérieure de la vessie manquait ; de sorte que le vagin et la vessie constituaient une cavité, divisée à sa partie supérieure par une cloison en forme de croissant. Derrière le vagin, on put sentir une masse dure, globuleuse, à laquelle une ponction fut faite ; ce qui donna issue à du sang menstruel retenu. Malheureusement la piqûre se ferma et la malade quitta l'hôpital.

Deux cas de vice de conformation des organes génitaux, par M. Combes. (Gazette des hôpitaux, p. 263.)

De la rétention des règles par atrésie dans les cas d'utérus et de vagin doubles, par M. Rokitansky. (Journal du Progrès, p. 287.)

Infection purulente à la suite d'une opération pratiquée sur le vagin, par M. Leven. (Bulletin de la Société anatomique, p. 448; 1858.)

Cloison transversale congénitale du vagin. — Opération. — Guérison, par M. Jarjavay. (Journal du Progrès, p. 561.)

Bride dans l'intérieur du vagin rendant le coït douloureux, par M. Chassaignac. (Société de chirurgie, 3 août 1859.)

Des polypes de l'urètre chez la femme et de leur traitement, par M. Rouyer. (Progrès, p. 8.)

Cette affection, très-rare chez l'homme, est assez fréquente chez la femme. Elle se montre indifféremment à tous les âges de la vie. Tumeurs arrondies, pédiculées, du volume d'un pois ou d'une cerise, rouges, quelquefois bleuâtres, le plus souvent uniques, insérées autour du méat ou dans le canal, et occupant alors presque toujours la paroi inférieure de l'urètre. — Gêne dans l'émission de l'urine, douleurs et hémorrhagies peu abondantes. — Ce ne sont pas des manifestations de la syphilis constitutionnelle. — Le traitement le plus convenable est l'excision suivie de la cautérisation.

Mémoire sur les polypes du vagin et spécialement sur les tumeurs du bulbe du vagin, par M. Letenneur. (Nantes, imprimerie Mellinet; in-8, 28 pages et une planche.)

Traitement de la vaginite et de l'inflammation superficielle du col utérin par la pommade au tannin, par M. Foucher. (Bulletin général de Thérapeutique, t. LVI, p. 424.)

M. Foucher a observé à Lourcine un champ fertile en vaginites ;

il a vu, au milieu des innombrables médications préconisées contre l'inflammation du vagin, qu'il y avait quelque chose de plus important que le médicament, c'était la manière de l'employer. M. Foucher fait le procès des injections ; il s'est assuré que les femmes, en général, les font très-mal, et il pense que ce mode de traitement, même quand il est convenablement mis en usage, ne peut avoir toute l'efficacité qu'on lui accorde, parce que le liquide injecté ne reste pas assez longtemps en contact avec les parties malades. — M. Foucher recouvre un tampon d'ouate d'une couche épaisse de la pommade suivante :

Tannin.	10	grammes.
Axonge.	60	—

Il l'introduit dans le vagin et le laisse jusqu'au soir ou jusqu'au lendemain ; quand il est retiré, la femme fait une injection pour laver la cavité vaginale, et un nouveau tampon, préparé de la même manière, est introduit. On continue ainsi jusqu'à la guérison. La femme peut placer la ouate elle-même ; elle peut la retirer facilement si l'on a eu la précaution d'y fixer un fil. Par ce moyen, les surfaces enflammées sont isolées, le corps gras empêche l'imbibition trop rapide du tampon, et l'action du tannin n'est pas momentanée, tous avantages dont la réalité a été démontrée par l'expérience.

Trombus du vagin, par M. Amand. (Gazette médicale, p. 789.)

Tamponnement du vagin, par M. Cl. Ollivier. (Gazette des hôpitaux, p. 46.)

Formules pour l'emploi du chlorure de zinc dans la blennorrhagie et la vaginite, par M. Gaudriot. (Bulletin général de Thérapeutique, t. LVII, p. 25.)

M. Gaudriot propose les formules suivantes dont il assure s'être bien trouvé :

Solution pour injections.

Pr. Chlorure de zinc liquide. . . .	24 à 36	gouttes.
Eau distillée.	90	grammes.

Agitez et filtrez au papier.

Deux ou trois injections par jour. Chaque injection pratiquée

avec une seringue à extrémité renflée et avec très-peu de liquide, l'affection à son début ayant pour siége la fosse naviculaire.

Suppositoire vaginal.

Chlorure de zinc liquide.	5 gouttes.
Sulfate de morphine.	25 milligram.

Épistez convenablement avec 8 grammes du pastillage suivant :

Mucilage épais de gomme adragante. . .	6 parties.
Sucre en poudre	3 —
Amidon en poudre	3 —

Mêlez exactement et moulez de façon que le suppositoire soit creux et n'ait que 2 millimètres d'épaisseur.

Introduire un suppositoire toutes les vingt-quatre heures, puis tous les deux jours.

Exfoliation épithéliale du vagin, par M. Farre. (Archives of medicine, 1858, n° 2, p. 71 ; Archives générales de médecine, mars, p. 344.)

Quelques considérations sur les écoulements pathologiques des organes génitaux chez la femme, par M. Lemée. (Thèses de Paris, n° 193.)

Essai sur l'hydrocèle dartoïque chez la femme, par M. Th. Brochon. (Thèses de Paris, n° 172.)

Gangrène de la vulve, par M. A. Gachon. (Gazette médicale, p. 419.)

Tumeur de la grande lèvre, par M. Delestre. (Bulletin de la Société anatomique, p. 377.)

Des fonctions génitales et des pollutions chez la femme, par M. L. Fleury. (Progrès, p. 85.)

Traité clinique des maladies de l'utérus et de ses annexes, par M. Becquerel. (Paris, Germer Baillière; 2 volumes in-8, VIII-1057 pages, avec atlas in-8, 16 planches, 44 figures.)

Dans ce livre on trouve le résumé des travaux que possède la science. L'auteur fait connaître les doctrines et les pratiques de ses prédécesseurs et de ses contemporains.

Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes, par M. Nonat. (Paris, A. Delahaye ; 1 volume in-8, 896 pages.)

Comme on le sait, M. Nonat est un des grands propagateurs de cette doctrine qui fait jouer un très-grand rôle dans la pathologie utérine au phlegmon péri-utérin. On peut dire par conséquent que presque tout le livre de M. Nonat est dans ce chapitre et dans celui qui y touche par tant de points, dans l'hématocèle péri-utérine. On peut différer d'opinion avec lui relativement à l'importance et à la fréquence de ces deux affections, on peut ne pas être de son avis sur le siége primitif de la lésion anatomique, mais il est impossible de ne pas rendre justice aux efforts persévérants à l'aide desquels M. Nonat est enfin parvenu à introduire dans la médecine des doctrines qu'on aurait acceptées avec bien de la difficulté autrefois. En lisant ces deux chapitres, on arrive également à cette conviction que l'on a prêté à M. Nonat des pratiques thérapeutiques qui ne sont pas les siennes, et que s'il emploie peut-être plus que d'autres les émissions sanguines et les cautérisations avec le feu, il n'est rien moins qu'un Broussais et qu'un Percy. En somme, nous aimons à rendre justice au livre de M. Nonat, imparfait comme tout ce qui sort de la main des hommes, mais qui a pour nous cette grande supériorité qu'il est lui-même, et qu'il témoigne d'une conviction profonde et d'une observation de longue date. Nous aimons d'autant plus à faire cette déclaration que nous ne partageons pas complétement les idées du savant médecin de la Charité, et que nous n'avons pu voir sans regret l'espèce d'injustice avec laquelle ce livre a été accueilli, comme si en définitive ce livre n'avait pas en lui beaucoup plus de choses nouvelles que n'en renferment d'autres ouvrages qu'on a reçus, au contraire, avec la plus grande faveur. L'ouvrage de M. Nonat ne représente que lui ; mais un homme de son âge et de sa valeur, un médecin qui pratique avec succès depuis tant d'années, un clinicien dont l'enseignement est aussi suivi, avait bien le droit d'exposer devant le public impartial le fruit de ses recherches. (*Bulletin de Thérapeutique.*)

Maladies du sein, par M. Cabard. (Thèses de Paris, nº 77.)

Après une énumération des maladies du sein, l'auteur aborde l'étude du cancer, à laquelle sa thèse est principalement consacrée. Relativement au traitement chirurgical du cancer, il pense que l'amputation doit être préférée, et que l'usage des caustiques doit être restreint à certains cas particuliers.

Nous trouvons encore, sur les *maladies du sein*, les publications suivantes :

— Deux cas de mamelons surnuméraires observés chez la femme, par MM. Charcot et Legendre. (Gazette médicale, p. 773.)

— Absence congénitale d'un sein chez une jeune fille, par M. Staveley King. (Gazette des hôpitaux, p. 123.)

— Ablation d'un sein hypertrophié, par M. Manec. (Gazette hebdomadaire, p. 74.)

— Amputation partielle du sein. — Réunion immédiate. — Guérison rapide, par M. A. Puech. (Gazette des hôpitaux, p. 303.)

— Hypertrophie mammaire générale ayant acquis un volume et un poids considérables.—Ablation de cette tumeur, par M. Demarquay. (Gazette médicale, p. 818.)

— Hypertrophie du sein, par M. Lawrie. (Gazette médicale, p. 140.)

— Tumeur du sein, par M. Verneuil. (Bulletin de la Société anatomique, p. 345.)

— Trois tumeurs du sein, par M. Dufour. (Bulletin de la Société anatomique, p. 167.)

— Observations relatives à des maladies du sein, par M. Panas. (Gazette des hôpitaux, p. 185.)

— Traitement des fistules lactées par la compression de la mamelle. — Mode d'action de la compression en général, et de la compression de la mamelle en particulier, par M. Fano. (Union médicale, p. 215.)

Contagion des accidents syphilitiques secondaires.
(Académie de médecine, 24, 31 mai.)

M. Gibert lit le rapport suivant :

M. *Auzias-Turenne* pose les deux questions suivantes, dont il demande la solution à l'Académie :—1° Les accidents syphilitiques constitutionnels sont-ils contagieux ? — 2° Au point de vue de la contagion, le produit de ces accidents a-t-il, chez les enfants à la mamelle, des propriétés différentes que chez l'adulte ? — Ces questions, depuis longtemps résolues pour les praticiens dans le sens de l'affirmative, avaient été obscurcies par les expériences et les dénégations de Hunter dans le siècle dernier, et, plus encore, à notre époque, par un système expérimental nouveau, qui tendait à réformer les doctrines généralement reçues sur la syphilis, d'après les résultats obtenus de l'inoculation artificielle. La contagion des accidents secondaires avait fini par être révoquée en doute, ou même complétement niée par plusieurs médecins de cette nouvelle école, bien que des partisans des an-

ciennes doctrines, s'appuyant à la vérité presque exclusivement sur l'observation clinique, continuassent à soutenir que l'autorité des faits cliniques devait prévaloir sur les lois posées par la doctrine nouvelle. Les faits prouvent surabondamment que non-seulement les accidents secondaires ou consécutifs de la syphilis sont contagieux (au moins dans certaines conditions), mais encore que l'inoculation artificielle peut reproduire ces accidents non-seulement sur une partie saine d'un sujet déjà infecté, mais encore sur un sujet tout à fait sain. Ainsi les papules muqueuses, l'ecthyma syphilitique, l'ulcère du gosier lui-même, ont pu être inoculés.

M. *Gibert*, malgré une répugnance profonde pour l'inoculation, a cru devoir, dans l'intérêt de la science, faire aussi des expériences. Elles ne permettent plus, suivant lui, d'élever aucun doute sur la contagion de la syphilis consécutive; elles l'ont d'ailleurs conduit aux mêmes résultats que les observateurs précédents, savoir : — 1° Les lésions locales consécutives à l'inoculation des accidents secondaires n'apparaissent jamais avant la fin de la deuxième semaine, et, en général, elles n'ont lieu qu'après la quatrième semaine. La longueur de l'inoculation est un fait caractéristique. — 2° La première altération, consécutive à l'inoculation, se fait toujours au point où l'inoculation a eu lieu; elle reste, pendant longtemps, limitée dans le même siége; elle a une marche essentiellement chronique, à ce point que lorsqu'il n'y a point eu de traitement, l'accident local persiste encore à l'époque où surviennent les symptômes généraux.—3° L'affection se produit sous forme de tubercules qui s'ulcèrent au bout de quelque temps, peuvent devenir fongueux, et entraînent le plus souvent le gonflement des ganglions lymphatiques. — 4° Les symptômes généraux ne débutent guère qu'au bout d'un mois, et souvent beaucoup plus tard, après les premières manifestations locales.— Or, tous ces caractères, qui appartiennent à la syphilis consécutive ou secondaire, diffèrent essentiellement de ceux qui ont été assignés à la syphilis primitive, soit spontanée, soit inoculée, et suffiraient seuls à prouver le caractère contagieux des accidents consécutifs. En effet, dans la doctrine des anticontagionnistes, on admet que le chancre est toujours le seul symptôme caractéristique de la syphilis à son début; que le chancre vénérien type, le chancre induré ou infectant est un ulcère ordinairement précédé d'une pustule (qui débute sans période d'incubation), ulcère qui s'indure plus ou moins rapidement, mais toujours dans le premier septénaire qui suit le coït infectant. — En résumé, M. le rapporteur propose à la Compagnie de répondre aux deux questions posées dans la lettre ministérielle, de la manière suivante : — 1° Il y a des accidents secondaires ou constitutionnels de la syphilis, manifestement contagieux; en

tête de ces accidents, il faut placer la papule muqueuse ou tubercule plat. — 2° Cette règle s'applique à la nourrice et au nourrisson, comme aux autres sujets, et il n'y a aucune raison de supposer que, chez des enfants à la mamelle, le produit de ces accidents ait des propriétés différentes de celles qu'on lui connaît chez l'adulte.

M. *Ricord* (24 mai), s'applique à montrer le vague, les incertitudes, les contradictions de ses adversaires, malgré les allures assurées et le ton dogmatique de leurs doctrines; il les défie de trouver dans l'aspect extérieur, dans les formes des accidents syphilitiques dits secondaires, des caractères tranchés, univoques, qui leur permettent d'en établir la nature avec certitude. Étant donné un accident dit secondaire, ils n'ont pas, dans leur système, un seul moyen de remonter à sa source. L'observation pure et simple ne donne aucune lumière sur ce point, et l'inoculation, qui seule, pour M. Ricord, pourrait trancher la question, donne jusqu'ici des résultats si variables, qu'il est impossible d'en tirer des conclusions nettes et absolues. M. Ricord veut bien admettre la contagion des accidents secondaires, mais il demande qu'on la lui prouve et que ses adversaires commencent par se mettre d'accord. Il reconnaît bien qu'il y a quelque chose dans les résultats obtenus, mais ils ne sont pas encore assez probants pour entraîner sa conviction ; il termine en s'écriant : *Fiat lux !*

M. *Gibert* répond qu'il ne comprend rien à l'argumentation de M. Ricord. Qu'importe la variabilité des formes des accidents produits, si elles sont les manifestations d'une même maladie ? Pour M. Gibert, la contagion des accidents secondaires ne peut plus être mise en doute; elle est prouvée à la fois par l'observation clinique des accidents et de leur évolution naturelle, et par l'inoculation, qui a produit entre ses mains, quoiqu'il ne l'ait pratiquée qu'à son corps défendant, les résultats les plus positifs.

M. *Velpeau* se félicite de la tendance que montrent les adversaires à se rapprocher et à s'entendre, mais il ne comprend pas dans quel but le ministre demande à l'Académie de se prononcer sur la contagion des accidents secondaires. Que la question soit résolue dans un sens ou dans un autre, il ne comprend pas le parti que peut en tirer M. le ministre.

M. *Depaul* est heureux d'entendre M. Ricord admettre enfin la contagion des accidents secondaires de la syphilis, mais il aurait voulu que le célèbre syphiliographe se fût décidé plus tôt à faire cette concession à l'Académie.

Etudes cliniques sur le chancre produit par la contagion de la syphilis secondaire, et spécialement sur le chancre du mamelon et de la bouche, par M. Rollet. (Archives générales de médecine, février, p. 129.)

L'accident initial produit par la syphilis secondaire est un ulcère très-souvent induré, quelquefois subissant la transformation papuleuse, avec engorgement ganglionnaire multiple, se développant après un temps d'incubation variable, mais surtout restant à l'état de lésion unique pendant plusieurs semaines ou même plusieurs mois, après quoi la syphilis secondaire éclate; c'est-à-dire que cet accident a tous les caractères de l'ulcère syphilitique primitif et n'est autre chose qu'un chancre infectant. — Je l'ai étudié sur le mamelon des nourrices infectées par leur nourrisson; je l'ai étudié à la bouche chez des malades qui le tenaient d'individus affectés de syphilis secondaire de la bouche; partout je lui ai vu les caractères qui distinguent le chancre infectant vulgaire.—En sorte qu'il ne faut plus dire que le chancre infectant provient toujours du chancre; il peut provenir aussi de la vérole dite secondaire.

M. Langlebert (*Gazette médicale de Lyon*, p. 73 et 320) a réclamé la priorité de cette idée.

Nouveau fait d'inoculation d'accidents syphilitiques secondaires ayant produit un chancre primitif chez le sujet inoculé, par M. Guyenot. (Gazette hebdomadaire, p. 234.)

De l'inoculabilité de la syphilis constitutionnelle, par M. Guyenot. (Thèses de Paris, n° 218.)

Il y a, dit M. Guyenot, deux sortes de preuves de la contagion: les unes se tirent de la clinique, les autres de l'expérimentation; les premières abondent; M. Guyenot ne s'occupe que des secondes. Il s'efforce de prouver que : 1° le résultat de l'inoculation des accidents secondaires à un sujet sain est un chancre infectant; 2° que la forme chancreuse de la lésion produite par l'inoculation de la syphilis constitutionnelle reste la même, que la matière inoculée ait été puisée sur des plaques muqueuses, dans des pustules d'ecthyma, dans des pustules d'acné, dans des papules squameuses et des tubercules plats, ou enfin dans le sang même des sujets syphilitiques. — L'auteur rapporte vingt-deux faits authentiques d'inoculations réussies et un certain nombre d'observations de transmission de la syphilis par le vaccin, dont deux dues à M. Depaul.

Transmission du poison syphilitique; conditions qui la décident et qui la diversifient, par M. Diday. (Gazette médicale de Lyon, p. 433.)

Cet article contient la critique de la thèse précédente et des

différents travaux sur la transmission des accidents secondaires.

Transmissibilité des accidents syphilitiques constitutionnels, par M. de Castelnau. (Moniteur des hôpitaux, p. 529.)

Analyse et critique des travaux publiés sur ce sujet.

Accident primitif produit par la contagion physiologique ou artificielle des accidents secondaires de la syphilis, par M. Langlebert. (Moniteur des hôpitaux, p. 505.)

M. Langlebert pense que la syphilis constitutionnelle a constamment pour point de départ un chancre induré, lors même qu'elle a été communiquée par le produit d'un accident secondaire.

De la contagion des symptômes secondaires de la syphilis, par M. Gabalda. (Paris, J.-B. Baillière; in-8, 33 pages.)

Syphilis congéniale transmise à cinq personnes, par M. Jacquemet. (Montpellier médical, août.)

Transmission de la syphilis du nourrisson à la nourrice, par M. Levis Smith. (Gazette médicale, p. 189.)

Du traitement non mercuriel de la syphilis constitutionnelle dans la forme bénigne, par M. Hennecart. (Thèses de Paris, n° 158.)

Selon M. Hennecart, toutes les fois que la syphilis présente seulement la forme exanthématique ou papuleuse, on peut proscrire le mercure du traitement de la maladie.

Impuissance du guaco comme antivénérien, par M. Gamberini. (Bulletino delle scienze med. di Bologna, 16 mars.)

Dans deux cas de blennorrhagie récente, l'emploi externe et interne du remède a complétement échoué. Contre le chancre primitif, il n'a produit aucun bénéfice et a été mal supporté. Administré pour d'autres formes vénériennes primitives ou secondaires, il n'a point fait de bien. Il a eu des effets négatifs et plutôt nuisibles contre le cancroïde.

Emploi du guaco comme moyen préservatif et curatif de quelques affections syphilitiques, par M. Diaz Benito. (Gazette hebdomadaire, p. 30.)

Il paraît résulter de quelques expériences, que l'infusion de guaco peut rendre de bons services comme moyen détersif;

mais rien ne démontre qu'elle exerce une action spéciale sur le virus syphilitique.

Tumeur syphilitique développée dans les muscles du mollet droit, par M. Robert. (Union médicale, t. I, p. 579.)

Espèce particulière de carie syphilitique et affection syphilitique du foie, par M. Virchow. (Gazette hebdomadaire, p. 335.)

Altération syphilitique du foie, par M. Testelin. (Gazette hebdomadaire, p. 141.)

Article de revue critique, dans lequel sont analysés d'autres travaux sur le même sujet.

Des tumeurs gommeuses, par M. Van Oordt. (Thèses de Paris, n° 44.)

On trouve dans cette thèse une note inédite de M. Robin sur la structure de ces tumeurs, dont la masse principale est formée par des cytoblastions plongés dans une substance amorphe finement granuleuse.

Castration pour un testicule syphilitique tuberculeux, par M. Van Dommelen. (Gazette médicale, p. 788.)

De la pseudo-syphilis chez les prostituées, par M. Venot. (Bordeaux, Gounouilhou ; in-8, 32 pages.)

Syphilis coexistant avec la présence de l'hymen, par M. Davies. (The Lancet, 2 juillet, et Gazette médicale de Lyon, p. 348.)

Ecoulement et chancre, chez une jeune fille de seize ans. Domestique dans une maison de prostitution, elle avait eu des rapports avec plusieurs hommes, dont les efforts n'avaient pu rompre l'hymen, resté intact.

Marasme ou cachexie syphilitique. (Gazette hebdomadaire, p. 637.)

Quelques opinions parfaitement connues sur le traitement de la syphilis.

Atrophie musculaire progressive, de nature syphilitique, guérie par l'iodure de potassium, par M. Rodet. (Gazette médicale de Lyon, p. 195.)

Un malade porteur d'un chancre induré de date récente, sans manifestations constitutionnelles, se plaignit de crampes dans la

main droite, avec difficulté d'écrire, et vit rapidement diminuer tous les muscles de l'extrémité, spécialement ceux des éminences thénar et hypothénar; les mêmes phénomènes se montrèrent bientôt dans le membre abdominal, surtout dans le mollet; et l'atrophie des muscles fit de tels progrès que cet individu perdit en peu de temps 15 kilogrammes de son poids : les muscles atrophiés étaient le siége de contractions fibrillaires continuelles. Des plaques muqueuses s'étant montrées sur les piliers du voile du palais, on institua un traitement mercuriel qui resta sans influence sur l'atrophie musculaire, qui continua néanmoins à progresser, pour céder à l'emploi de l'iodure de potassium.

Amaurose syphilitique, par M. Ch. Deval.
(Union médicale, t. III, p. 306.)

Utilité de l'ophthalmoscope, au point de vue de son diagnostic et de son traitement.

Syphilis constitutionnelle invétérée. — Guérison par le traitement hydrothérapique associé au mercure et à l'iodure de potassium, par M. Tartivel. (Journal du Progrès, p. 101.)

Contributions à l'histoire des maladies nerveuses d'origine syphilitique, par M. Gjor. (Archives générales de médecine, mai, p. 614.)

Observations assez nombreuses de ces maladies, sans conclusion générale.

Syphilis constitutionnelle, par M. Tartivel. (Progrès, p. 262.)

Céphalée durant depuis deux mois; anémie, cachexie. — Insuccès de diverses médications. Guérison complète par l'hydrothérapie associée à l'iodure de potassium.

Iodure d'ammoniaque comme antisyphilitique, par M. Gamberini.
(Gazette médicale de Lyon, p. 449.)

Ses indications sont les mêmes que celles des deux autres iodures. — Il remplit le but thérapeutique plus promptement qu'eux. — Il n'a besoin d'être donné qu'à faible dose; 10 à 80 centigrammes par jour suffisent pour opérer la guérison. Pour l'usage externe, des frictions avec : huile d'olive, 30 grammes; iodure d'ammoniaque, 15 centigrammes, calment avec rapidité les douleurs ostéocopes.

Ulcération syphilitique de la partie inférieure de la trachée. — Cicatrisation. — Rétrécissement consécutif. — Trachéotomie, par M. Demarquay. (Bulletin de la Société anatomique, p. 484; 1858.)

Fongus compliquant un sarcocèle syphilitique, par M. de Méric. (Gazette médicale de Lyon, p. 211.)

Pneumonie syphilitique, par M. O'Connor. (The Lancet, et Gazette médicale de Paris, p. 474.)

Un homme, ayant des taches cuivrées, offrait les signes de la pneumonie : matité, résonnance forte et distincte, dyspnée moindre que dans la pneumonie ordinaire. Toux fréquente, sans expectoration, prostration, pouls faible, à 106. Le traitement consista en vésicatoire sur la poitrine, 25 centigrammes d'iodure de potassium par jour, du 23 au 28 juillet, et 20 centigrammes de mercure associé à la ciguë. Le 2 août, on donna trois fois par jour 5 centigrammes d'iodure de mercure que l'on continua jusqu'à salivation. Alors on revint à l'emploi de l'iodure de potassium. — Cet homme avait aussi un testicule syphilitique, et sa voix était devenue rauque. — La maladie thoracique céda promptement. — Etait-ce une pneumonie? Etait-elle de nature syphilitique? — L'auteur a observé six autres cas analogues.

Paralysie syphilitique du nerf moteur oculaire commun, par M. Ed. Baudet. (Union médicale, t. II, p. 115.)

Différentes formes de l'inoculation syphilitique, par M. H. Lee. (The Lancet, juillet.)

L'auteur décrit une forme de syphilis suppurative dans laquelle les ulcérations s'indurent, et leur base y est parfois très-difficile à distinguer de l'induration du chancre infectant. L'induration de la base d'un chancre ne peut donc plus être prise comme le signe diagnostique certain d'un chancre infectant; cependant le caractère de la sécrétion peut aider au diagnostic. Si l'on a le soin d'éviter les causes accidentelles d'irritation, la sécrétion fournie par un chancre infectant cessera bientôt d'être purulente, tandis que, dans le chancre suppurant à base indurée (variété phlegmonoïde du chancre suppuré), la sécrétion sera toujours purulente, et ne cessera que quand l'ulcération sera guérie.

Association de la variole avec la syphilis, par M. Bamberger. (Union médicale, t. III, p. 368.)

Deux observations dont l'intérêt réside surtout dans la circonstance que, sous les yeux de l'observateur, la pustule spécifique de la variole s'est transformée en le produit non moins spécifique d'une syphilis constitutionnelle. Cette mutation s'est faite d'une telle manière, qu'il est impossible de déterminer quand la première efflorescence cesse et quand l'autre commence;

il faut donc admettre que l'éruption née sous l'influence des deux formes morbides coexistant dans le corps renfermait aussi le produit de ces deux maladies.

Syphilisation comme méthode curative de la vérole et du spedalskhed, par M. Danielsen. (Gazette hebdomadaire, p. 125.)

Le spedalskhed n'est pas guéri par la syphilisation ; mais cette pratique est inoffensive et préférable au traitement mercuriel contre les accidents secondaires.

Théorie de la syphilisation, par M. W. Bœck. (Gazette hebdomadaire, p. 292.)

L'auteur admet que l'inoculation réitérée imprime à l'organisme une modification universelle parfaitement analogue à celle qui est produite par la vaccination.

Syphilisation en Norwège, par M. Lindsay. (Gazette médicale, p. 127.)

Analyse des travaux de Bœck.

Influence qu'exerce le contact de l'air sur la manifestation des symptômes syphilitiques, par M. Mattei. (Gazette des hôpitaux, p. 263.)

L'auteur pense que le contact de l'air a une grande influence pour produire l'induration du chancre, qui est plus rarement induré, et moins induré dans les parties soustraites à l'air.

Sur les moyens de distinguer la syphilis et les maladies mercurielles, par M. Lorinser. (Archives générales de médecine, mars, p. 346.)

Entre autres conclusions, nous citerons les suivantes :

Les accidents qu'entraîne graduellement le séjour prolongé du mercure dans l'économie diffèrent essentiellement de ceux qui dépendent d'une mercurialisation récente; les symptômes de l'hydrargyrose chronique sont peu connus d'ailleurs. Un fait remarquable, c'est qu'ils peuvent être masqués et qu'ils semblent quelquefois s'être améliorés, grâce à une mercurialisation récente et aiguë; on les a généralement attribués jusqu'ici à la syphilis, à la goutte, ou à des affections nerveuses ou abdominales ordinaires. — Toutes les observations de syphilis secondaire publiées jusqu'à ce jour sont douteuses, attendu que l'on n'en a pas distingué nettement les symptômes de ceux de l'hydrargyrose chronique, et que les deux maladies ont été traitées géné-

ralement de la même manière. De nouvelles observations, fondées sur une diagnose physico-chimique, sont donc nécessaires.

Maladie du coït chez les chevaux, et syphilis.
(Archives générales de médecine, mars, p. 332.)

La syphilis constitutionnelle, par M. Virchow; traduit par M. Picard. (Paris, A. Delahaye, in-8, VIII-206 pages et figures.)

Bonne traduction d'un ouvrage très-estimé en Allemagne. On y trouve surtout l'anatomie pathologique (examen au microscope) des différentes lésions produites par la syphilis.—Virchow pense que des symptômes différant par leur ordre de succession se conduisent physiologiquement de la même manière (contagionabilité des symptômes secondaires, guérison de plusieurs accidents tertiaires par le mercure), de même que des symptômes, différant par ordre de succession, sont anatomiquement identiques. — Les accidents syphilitiques sont passifs ou actifs. — Les altérations passives sont de deux sortes : *a*, les dégénérescences amyloïdes de la rate, des reins, du foie, de la muqueuse intestinale, ainsi que le marasme, l'anémie, l'hydroémie, l'albuminurie, l'hydropisie, la diarrhée, etc., qui en sont les conséquences; *b*, l'atrophie simple de la peau, la chute des cheveux et des ongles, l'atrophie de la graisse, des muscles, du sang. — Les altérations du sang n'existent pas indépendamment de l'altération des organes; au contraire, le sang est à chaque instant sous la dépendance des organes. — Les altérations actives se divisent aussi en deux groupes : *a*, irritations légères (hypertrophies, hyperplasies), ou inflammations simples; *b*, inflammations spécifiques graves, gommeuses. — On trouve ces altérations dans presque tous les organes : les irritations simples représentent les accidents primitifs des organes; les gommes répondent aux accidents secondaires ou tertiaires des organes.— La tumeur gommeuse débute, comme la granulation, par l'augmentation de volume et par la multiplication des cellules préexistantes. Elle ne contient aucun élément histologique spécifique. — L'induration du chancre présente la marche d'une dermatite gommeuse. — La syphilis viscérale attaque soit les enveloppes, soit les parenchymes, soit les deux à la fois. — Il n'y a pas de syphilis générale durable; il n'y a que des symptômes durables (des accidents locaux).

Leçons théoriques et cliniques sur les syphilides considérées en elles-mêmes et dans leurs rapports avec les éruptions dartreuses, scrofuleuses et parasitaires, par M. Bazin; recueillies par M. L. Fournier. (Paris, A. Delahaye, in-8, X-224 pages.)

Dans ce remarquable ouvrage, M. Bazin prend pour modèle la

dermopathie syphilitique et lui compare toutes les autres dermopathies constitutionnelles. Les preuves de l'identité de nature entre la dermopathie syphilitique et les autres accidents de la vérole se trouvent dans la loi de coïncidence des affections entre elles ; dans les caractères objectifs qui distinguent la dermopathie syphilitique des autres dermopathies constitutionnelles ; dans l'action du mercure, car, tout en refusant à ce médicament le titre de spécifique, on ne peut s'empêcher d'admettre que sa puissance ne s'étende, jusqu'à un certain point, par delà les surfaces tégumentaires. — M. Bazin commence par faire l'histoire des différentes manifestations de la syphilis ; dans une deuxième partie, il donne la séméiotique cutanée, et il arrive, dans la troisième, à la syphilis tégumentaire, qu'il traite dans tous ses détails.

Des tumeurs syphilitiques de la langue, par M. Lagneau fils. (Gazette hebdomadaire, p. 499, 516, 550.)

Ce mémoire devant paraître en volume, nous en renvoyons l'analyse à l'année prochaine.

Signalons encore sur la *syphilis* :

— Rétrécissement syphilitique du rectum, par M. Lancereaux. (Bulletin de la Société anatomique, p. 100.)

— Maladies nerveuses d'origine syphilitique. (Bulletin de Thérapeutique, t. LVII, p. 94.)

— Accidents graves syphilitiques survenus à la suite de l'inoculation de la vaccine, par M. Lecocq. (Gazette des hôpitaux, p. 598.)

— Guérison de dartres rongeantes invétérées du visage par l'inoculation de la syphilis secondaire ou consécutive, par M. Gibert. (Gazette médicale de Paris, p. 749.)

— Prétendues guérisons du lupus par l'inoculation des accidents secondaires de la syphilis, par M. H. de Castelnau. (Moniteur des hôpitaux, p. 459.)

— Immunité relativement à différents virus, par M. C. Faye. (Académie des sciences, 26 septembre.)

— De la syphilis dans ses rapports avec l'aliénation mentale, par M. Hildenbrand. (Thèses de Strasbourg.)

Nous donnons l'indication bibliographique de quelques publications sur la *chirurgie*, qui échappent à notre analyse :

— Manuel de pathologie et de clinique chirurgicales, par M. Jamain. (Paris, Germer Baillière, 2 volumes.)

—Compte rendu du service chirurgical de l'hôpital des Enfants, par M. Guersant. (Société de médecine pratique, 3 mars ; — Gazette des hôpitaux, p. 223.)

— Observations de clinique chirurgicale, par M. Chenevier. (Besançon, imprimerie Jacquin, in-8, 11 pages.)

— Observations de chirurgie, par M. F. Isnard. (Union médicale, t. II, p. 70, 131, 214.)

— La chirurgie militaire contemporaine, par M. L. Legouest. (Archives générales de médecine, p. 78, 201, janvier; — p. 462, avril.)

— Compte rendu du service de clinique chirurgicale de M. Larrey, par M. Gaujot. (Moniteur des hôpitaux, p. 235, 243, 252, 262, 268.)

— Compte rendu du service de M. Denucé, de Bordeaux, extrait du journal de médecine de Bordeaux. (Progrès, p. 166.)

— Le microscope; ce qu'il a promis, ce qu'il a donné, par M. T. Gallard. (Union médicale, t. III, p. 280.)

— Séjour prolongé d'un corps étranger dans l'estomac, par M. Alder. (Archives générales de médecine, p. 238, février.)

— Tumeur polypiforme sus-épiglottique, laryngotomie sous-hyoïdienne. (Gazette des hôpitaux, p. 409.)

— Note sur la mélastéarrhée, par M. Gintrac. (Bordeaux, imprimerie Gounouilhou, in-8, 8 pages.)

— De la mélanémie, par M. Frérichs. (Archives générales de médecine, mai, p. 513.)

— Pommade au perchlorure de fer contre l'ongle incarné, par M. Alcantara. (Union médicale, p. 245.)

— Formules contre les engelures, par M. Ruspini. (Bulletin général de Thérapeutique, t. LVI, p. 51.)

— Traitement de l'ongle incarné, par M. Rousse. (Gazette des hôpitaux, p. 278.)

— Transpiration anormale des pieds; moyen de la combattre sans danger. (Répertoire de pharmacie; Bulletin général de Thérapeutique, t. LVII, p. 335.)

— Des abcès du médiastin antérieur, par M. Guntner. (Extrait de : OEsterreichische Zeitschrift für praktische Heilkunde, 1859, n°s 10-12; Archives générales de médecine, septembre, p. 351.)

— Poumons infiltrés de matière charbonneuse, chez un mouleur en cuivre, par M. Bergeron. (Bulletin de la Société anatomique de Paris, t. Ier, p. 50.)

— Morsure de la tarentule. (Gazette médicale de Lyon, p. 583.)

— Blennorrhagie due à l'usage des asperges, par M. Harrison. (The Lancet, et Gazette médicale de Lyon, p. 551.) — Un médecin âgé de trente-quatre ans avait mangé des asperges en abondance (environ quarante têtes d'asperges vertes). Vingt-quatre heures après, il ressentit de la chaleur et comme une brûlure sur le long du trajet de l'urètre; il s'y joignit de fréquentes micturitions, des érections cordées avec fièvre sympathique. L'urine avait une couleur foncée et était fortement im-

prégnée de l'odeur d'asperges. En trente-six heures, il s'établit par l'urètre un écoulement puriforme modéré, ayant tous les caractères de la gonorrhée. Ces divers symptômes disparurent en cinq jours, sous l'influence d'un traitement sédatif.

—De l'héméralopie épidémique, par M. Baldy. (Thèses de Strasbourg.)

— Saignement de l'oreille, à la suite de violences sur la tête, par M. Bouvier. (Archives belges de médecine militaire ; Gazette médicale de Paris, p. 770.)

—Herniotomie chez une femme en couches ; origine des kystes herniaires, par M. Kuhn. (Gazette médicale de Paris, p. 797.)

— Ablation de l'ongle dans le traitement de l'ongle incarné, par M. Gouriet. (Gazette des hôpitaux, p. 227.)

— Accident inexpliqué arrivé à un médecin. (Gazette des hôpitaux, p. 11; extrait de l'Ost-Deustche Post.)

— Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical, par M. Chassaignac. (Paris, V. Masson, 2 volumes grand in-8, LXXX-1478 pages.)

— Sur l'application du trépan à deux lésions mécaniques des os longs et sur leur réparation par le périoste, par M. Clot-Bey. (Paris, imprimerie Plon, in-8, 8 pages.)

— Traitement des déviations latérales de la colonne vertébrale, sans moyens mécaniques, par M. Dubreuil. (Marseille, Demonchy, in-8, 48 pages.)

— Traitement chirurgical et orthopédique par la gutta-percha ferrée, par M. Paquet. (Roubaix, imprimerie Beghin, in-8, 16 pages.)

ACCOUCHEMENTS.

La Maternité de Paris pendant l'année 1859, par M. Témoin. (Thèses de Paris, nº 262.)

On trouve dans cette thèse vingt-sept observations. L'auteur étudie successivement l'aspect général, puis la constitution médicale de la Maternité pendant les onze premiers mois de l'année 1859 ; il rapporte, en terminant, des documents statistiques relatifs au développement des affections puerpérales.

M. Témoin a observé trois formes principales de la maladie : — Tant que durèrent les chaleurs du printemps et de l'été, la fièvre puerpérale se traduisit par des phlébites. — Quand, vers le mois d'octobre, les premiers froids se firent sentir, il survint des métro-péritonites d'une gravité extrême, tandis que les phlébites étaient rares. — La présence du pus dans les lymphatiques

caractérisa la troisième phase de l'épidémie. Notons que l'auteur a observé un certain nombre de cas sans lésions, et qu'il a toujours vu un état général présider au développement des lésions locales.—L'étude des causes montre : 1° que les deux parties de l'année les plus funestes sont les trois ou quatre premiers et les trois ou quatre derniers mois ; 2° que l'encombrement n'a pas l'influence qu'on lui a attribuée ; 3° que les impressions morales, au contraire, doivent être rangées au nombre des causes les plus puissantes de la fièvre puerpérale.

Il faut encore citer sur les *accouchements en général :*

— Précis théorique et pratique de l'art des accouchements, par M. Scanzoni, traduit par M. Picard. (Paris, V. Masson, in-18 jésus, 409 pages avec figures.)

— Etudes obstétricales, par M. Félix Hatin. (Gazette médicale, p. 145.)

— Treize années de pratique à la Maternité de Poitiers, par M. Bonnet. (Gazette médicale, p. 432.)

— Contributions à l'obstétrique et aux maladies des femmes et des enfants, suivies d'un compte rendu des progrès de l'obstétrique en 1858, par MM. E. Noeggerath et A. Jacobi. (Archives générales de médecine, novembre, p. 637.)

Pathogénie de l'hydrorrhée des femmes enceintes, par M. Braun. (Union médicale, t. IV, p. 63.)

L'auteur l'explique par une anomalie de sécrétion de l'utérus, par une exsudation albumineuse de sa surface interne. Cette exsudation se produit d'une façon intermittente ; elle soulève une partie du chorion de la membrane caduque, et se forme ainsi une poche plus ou moins étendue ; puis, lorsque l'utérus est distendu, elle s'écoule par intervalles.—Les circonstances suivantes paraissent militer en faveur de la justesse de cette opinion. Des excrétions albumineuses analogues ont été observées, en dehors de la grossesse, dans certains pseudoplasmes, et surtout dans les fibroïdes de l'utérus ; en outre, ni le chorion, ni l'amnios ne présentent de lésion après l'accouchement, et les eaux de l'amnios ne diminuent point à la suite d'une hydrorrhée. Du reste, quand on examine au microscope un placenta après une perte de ce genre, on trouve à la face convexe un produit nouveau ayant l'aspect d'une membrane très-fine formée par du tissu conjonctif.

Nous citerons en outre sur la *grossesse :*

— Du palper abdominal appliqué à l'obstétrique et plus spécialement à l'état de grossesse, par M. A. Lechevallier. (Thèses de Paris, n° 191.)

— De l'hypertrophie normale du cœur pendant la grossesse et de son importance pathogénique, par M. Larcher. (Archives générales de médecine, mars, p. 291.)

— Menstruation pendant la grossesse, par M. Murray. (Edinburgh med. Journ.; Gazette médicale de Paris, p. 642.)

— De la menstruation et de la ménopause au point de vue de la physiologie et de l'hygiène, par M. Chéneaux. (Thèses de Paris, n° 127.)

— De la ménopause, par M. A. Plihon. (Thèses de Paris, n° 94.)

— Rétention du sang menstruel par imperforation de la membrane hymen. (Bulletin de Thérapeutique, t. LVI, p. 532.)

— Rétention du flux menstruel, par M. A. Puech. (Gazette des hôpitaux, p. 162.)

— Influence de la grossesse sur le développement des tubercules, par M. Edward Warren. (Gazette médicale de Paris, p. 157.)

— Thrombus de la vulve au huitième mois de la grossesse, par M. Woodworth. (Gazette hebdomadaire, p. 478.)

— Avantages tirés de l'examen de la circulation fœtale comme signe de la grossesse, la femme placée en pronation, par M. Byford. (Chicago medical Journal; Journal du Progrès, p. 629.)

— Position naturelle de la femme qui accouche, par M. Rigby. (Med. Times and Gaz.; Gazette médicale de Paris, p. 61.)

— Vagissements utérins, par M. Dubroca. (Union médicale de la Gironde, janvier.)

On a publié sur les *vices de conformation du bassin :*

— Déformation du bassin par cals difformes et par luxations accidentelles ou spontanées, non réduites, des os propres de cette cavité ou des os qui l'avoisinent, par M. Lenoir. (Archives générales de médecine, janvier, p. 5.)

— Essai sur les vices de conformation du bassin et les opérations qu'ils nécessitent, par M. Gaube. (Thèses de Montpellier, n° 57.)

— Vice de conformation du bassin, opération césarienne, autopsie, par M. Braun. (Wien. med. Wochenschr., 1857, n°s 24, 26; Archives générales de médecine, février, p. 233.)

— Dystocie par occlusion de la vulve, par M. Alver Branco, traduit par M. Garnier. (Gazeta med. de Lisboa, mai 1859; Union médicale, t. III, p. 41.)

— Occlusion complète du museau de tanche chez une femme en travail, par M. Hatton. (Gazette des hôpitaux, p. 76.)

— Résection sous-périostée du pubis, par M. de Christoforis. (Annali universali di medicina; Gazette médicale de Paris, p. 820.)

— De l'ostéomalacie en général et au point de vue tocolo-

gique en particulier, par M. A. Collineau. (Thèses de Paris, nº 222.)

— Des vices de conformation du bassin comme indications de l'accouchement prématuré artificiel, par M. E. Commerford. (Thèses de Paris, nº 123.)

— Conduite à tenir dans l'accouchement lorsque l'étroitesse de la vulve fait craindre la déchirure du périnée, par M. Butignot. (Gazette des hôpitaux, p. 279.)

— Persistance de l'hymen après l'accouchement, par M. Beale. (Gazette médicale de Lyon, 1er août.)

Recherches statistiques sur l'action du seigle ergoté dans la parturition, par M. Deville. (Académie de médecine, 8 février.)

L'auteur établit d'abord qu'il est presque toujours possible de déterminer la cause ou les causes qui ont fait périr un enfant dans le sein de sa mère, telles que l'accouchement prématuré, les présentations vicieuses, etc., etc. Quand aucune de ces causes n'existe et que l'on rencontre un enfant venu à terme dans de bonnes conditions de vie, et que, néanmoins, cet enfant est mort et présente toutes les apparences de l'asphyxie, on peut affirmer qu'il a été donné du seigle ergoté. — En analysant à ce point de vue les documents qu'il a recueillis, pendant les années 1845 à 1848, dans divers arrondissements de Paris, M. Deville arrive à ce résultat que, sur 515 enfants morts-nés, 72, c'est-à-dire un peu plus d'un septième, avaient succombé à la suite de l'administration du seigle ergoté. — Il conclut de ses recherches: « Que le seigle ergoté est toujours dangereux pour la vie des enfants ; — Qu'il est généralement donné par des mains inhabiles ne tenant, le plus fréquemment, aucun compte des conditions qu'il est nécessaire d'observer pour administrer cette substance avec quelques chances de succès ; — Enfin que, même en suivant les règles prescrites par la science et par l'expérience, les gens de l'art ne sont jamais sûrs de la vie des enfants qui naissent, alors que le seigle ergoté a été donné pendant le travail de l'accouchement. »

Rapport de M. Danyau (24 mai). — M. Danyau déclare ne pouvoir accepter la statistique de M. Deville ; elle a été établie sur des renseignements pris après décès, forcément incomplets et insuffisants. M. le rapporteur n'admet pas non plus les signes qui, suivant M. Deville, caractériseraient la mort par le seigle ergoté; il n'en insiste pas moins, toutefois, sur les dangers d l'administration du seigle ergoté.

Innocuité et avantages du seigle ergoté dans l'accouchement, par M. Chrestien. Rapport de M. Danyau. (Académie de médecine, 24 mai.)

M. Danyau ne croit pas que l'auteur ait démontré l'innocuité du seigle ergoté, et c'est ce qui était en cause. Quant à ses avantages dans un certain nombre de cas bien déterminés, ils ne sauraient être mis en doute.

Proportion des enfants morts-nés avec le chiffre des décès, par M. Deville. (Académie de médecine, 7 juin.)

M. Deville résume son travail dans les termes suivants : De tout ce qui précède, il résulte la preuve mathématique que le nombre des enfants morts-nés à Paris tend toujours à s'accroître, et que depuis trente ans il a constamment été en augmentant. Le résultat, ce sont les relevés de l'état civil qui l'établissent, puisque le nombre des morts-nés était, en 1829, de 5 pour 100 et une fraction ; en 1839, de 9,91 pour 100, et qu'il est, en 1859, de 11 pour 100. — Et comme à un accroissement de cette nature il faut une explication, tout en reconnaissant qu'on peut assigner à cette augmentation du nombre des morts-nés des causes diverses, nous estimons que les principales sont les avortements provoqués, et l'emploi trop fréquent du seigle ergoté dans le travail de la parturition. — La question des *avortements provoqués* est, sans aucun doute, d'une solution difficile, mais elle n'est pas au-dessus de la prudence, des lumières et de la ferme volonté de l'autorité. — Quant à l'*administration du seigle ergoté*, que nous considérons comme une des causes qui déterminent fréquemment la mort des enfants au moment de la délivrance, nous pensons que l'Académie pourrait en faire un objet d'étude, et nommer une commission.

De l'avortement, par M. Barde. (Thèses de Paris, n° 75.)

L'auteur étudie quatre espèces d'avortements : 1° l'avortement naturel ; 2° l'avortement accidentel ; 3° l'avortement obstétrical ou provoqué ; 4° l'avortement criminel. A la fin de cette thèse se trouve une description de la suture serpentine appliquée au traitement de la déchirure du périnée.

Fausse couche à deux mois de conception, par M. Drutel. (Gazette médicale de Lyon, p. 338.)

Accidents graves. — Injection utérine. — Guérison.

Grossesse extra-utérine de trois mois et demi, par M. Luton. (Bulletin de la Société anatomique, p. 505; 1858.)

Décollement du placenta. — Hématocèle péri-utérine et consécutivement hémorrhagie intra-péritonéale. — Mort.

Fausse couche, à sept ou huit mois, par l'anus, par M. Bryant. (Union médicale, t. II, p. 259.)

Issue ultérieure des os du fœtus.

Possibilité, dans une gestation double, de la prolongation du séjour d'un des fœtus dans l'utérus, après l'expulsion prématurée de l'un d'eux, l'occlusion de l'utérus étant possible, par M. Missoux. (Moniteur des sciences, p. 374.)

Commencement de travail à sept mois de grossesse. (Gazette des hôpitaux, p. 223.)

Rétrocession spontanée. — Accouchement à terme au bout de vingt et un jours. — Expulsion d'un fœtus de quatre mois.

Hémorrhagie utérine au cinquième mois de la grossesse. (Moniteur des hôpitaux, p. 140.)

Quelques jours après la cessation de l'écoulement sanguin, développement subit d'obstacles à la circulation, soit dans le cœur, soit dans l'aorte ou l'artère pulmonaire. — Mort.

Causes de l'avortement, par M. Siotis. (Thèses de Paris, n° 252.)

L'auteur traite ce sujet avec les documents qui se trouvent dans la collection hippocratique. Il commence par exposer les notions anatomiques et hippocratiques sur les organes génitaux de la femme, ainsi que la physiologie de la génération suivant les mêmes auteurs. Il termine en résumant les causes de l'avortement d'après les idées des accoucheurs français de nos jours.

Accouchement prématuré artificiel, par M. Perrin. (Union médicale, t. IV, p. 501.)

Heureusement pratiqué pour la mère et pour l'enfant, à l'aide des douches vaginales.

Accouchement prématuré artificiel au huitième mois de la grossesse, par M. Maunoury. (Gazette médicale, p. 45.)

Une observation d'accouchement provoqué au moyen d'injec-

tions d'eau tiède sur le col de la matrice au huitième mois. Il y avait une étroitesse du bassin. L'enfant a vécu ; la femme n'a eu aucun accident.

Nous devons encore signaler, comme se rapportant aux *fausses couches*, les travaux suivants :

— Deux cas d'accouchement prématuré artificiel, provoqué par les douches utérines, par M. Hamon. (Gazette hebdomadaire, p. 225.)

— Vomissements opiniâtres pendant la grossesse. — Etat très-grave de la femme. — Avortement provoqué. — Guérison, par M. Herrgott. (Moniteur des sciences, p. 118.)

— De quelques-unes des causes qui peuvent amener la mort du fœtus dans le sein de sa mère, par J. R. Aujay. (Thèses de Paris, n° 21.)

— De l'accouchement prématuré artificiel, par M. Aubé. (Thèses de Paris, n° 183.)

— Arrière-faix rendu trois mois environ après un avortement probable, par M. Dufour. (Bulletin de la Société anatomique, p. 211.)

— Ergot de seigle comme antiabortif dans les premiers mois de la grossesse, par M. Joulin. (Moniteur des hôpitaux, p. 105.)

— Grossesse qui nécessita l'accouchement prématuré, par M. William. (Gazette médicale, p. 76.)

— Du cathétérisme utérin à l'aide de cordes à boyaux comme moyen de provoquer l'accouchement prématuré artificiel, par M. C. Braun. (Gazette hebdomadaire, p. 767.)

— Difficulté de reconnaître, pendant le travail, l'hydrocéphalie du fœtus coïncidant avec la présentation spontanée de l'extrémité pelvienne, par M. Ad. Lizé. (Union médicale, t. II, p. 524.)

Rétroversion de l'utérus dans l'état de grossesse, par M. Négrier. (Gazette médicale, p. 429.)

Voici le procédé de l'auteur, qui lui a donné des succès remarquables : il introduit la main tout entière dans le vagin, et lorsqu'il sent que le sphincter vulvaire est dépassé par la portion la plus volumineuse de cette main, il la ferme complétement et le tourne en supination : alors, comme la malade a été préalablement placée sur le bord de son lit, les cuisses écartées et les pieds appuyés sur deux chaises, prenant sur le bord du lit un appui pour son coude, il fléchit l'avant-bras sur le bras, manœuvre pendant laquelle le poing placé à l'extrémité du levier parcourt exactement la courbe de l'excavation pelvienne, dans le

sens le plus favorable à la réduction. M. Négrier nomme ce procédé : réduction à poing fermé.

Grossesses anormales :

— Grossesse extra-utérine, par M. Riebuyck. (Société de chirurgie, 7 septembre.)

— Grossesses extra utérines, par M. Hecker. (Gazette hebdomadaire, p. 333.)

— Grossesse extra-utérine, par M. Hélie. (Gazette médicale, p. 432.)

— Grossesse triple diagnostiquée *à priori;* issue heureuse pour la mère et les enfants, par M. Marx. (Bulletin général de Thérapeutique, t. LVI, p. 156.)

— Grossesse multiple (trijumeaux), par M. Fenerly. (Gazette médicale de Paris, p. 432.)

— Grossesse prolongée, par M. Alf. Liégard. (Gazette des hôpitaux, p. 246.)

— Superfétation, par M. Verardini. (Gazette médicale, p. 821.)

Emploi de l'uva ursi dans certains cas de lenteur excessive du travail de l'accouchement, par M. Gauchet. (Bulletin de Thérapeutique, t. LVI, p. 423.)

On connaît sur ce sujet les travaux de MM. Harris et de Beauvais. Ce médicament convient surtout dans les cas où les contractions utérines, soit dès le principe, soit après s'être d'abord produites quelque temps avec énergie, viennent à présenter des caractères de faiblesse, de lenteur, d'irrégularité et d'éloignement dans leurs retours, qui font présager une terminaison tardive ou même impossible par les seules forces de la nature. L'*uva ursi* paraît avoir sur le seigle ergoté l'avantage de ne pas provoquer des contractions trop violentes et compromettantes pour la vie de l'enfant. M. Gauchet l'a employé avec un succès complet dans un accouchement qui présentait les caractères énumérés ci-dessus. Il en prescrivit 16 grammes infusés dans 1 litre d'eau pendant une heure, et fit administrer une tasse de cette infusion toutes les demi-heures. Il s'en est également fort bien trouvé dans un cas d'inertie consécutive à l'accouchement.

Rigidité du col de l'utérus, par M. P. Dubois.
(Bulletin de Thérapeutique, t. LVI, p. 534.)

Accouchement rendu impossible par la rigidité du col de l'utérus. — Travail durant depuis trente-six heures. — Rupture des membranes. — Insuccès. — Débridement d'un seul côté. — Terminaison heureuse du travail. — Guérison.

De ce dernier article, nous pouvons rapprocher les suivants :

— De la rigidité du corps de l'utérus pendant le travail de l'accouchement, par M. L. Cadéac. (Thèses de Paris, nº 43.)

— Du rhumatisme de l'utérus envisagé spécialement pendant la grossesse et l'accouchement, par M. Gautier. (Archives générales de médecine, mars, p. 383.)

— Influence du galvanisme sur les contractions de l'utérus à l'état de grossesse ; applications obstétricales, par le docteur W. Mackenzie. (Archives générales de médecine, avril, p. 487.)

— Accouchement forcé en première position du siége; état emphysémateux du fœtus ; mort depuis quelques jours ; mort subite de la mère, par M. Lizé. (Union médicale, t. II, p. 300.)

— Cause peu connue de lenteur du travail, par M. Spielgeber. (Gazette hebdomadaire, p. 814.)

— Présentation de l'épaule avec chute des membres supérieurs ; dégagement primitif de la tête. — Succès, par M. L. Chevalier-Dufau. (Gazette des hôpitaux, p. 291.)

— Présentation rare dans un cas de grossesse gémellaire, par M. Bartscher. (Gazette hebdomadaire, p. 720.)

— Accouchement à terme chez une femme multipare; inertie de l'utérus; administration de la digitale ; terminaison heureuse du travail. (Bulletin de Thérapeutique, t. LVI, p. 101.)

— Cathétérisme de l'utérus comme moyen d'obtenir des contractions de cet organe, par M. E. Reynier. (Gazette des hôpitaux, p. 559.)

— De l'insuffisance ou de l'absence des contractions utérines, pendant et après l'accouchement, par M. Riget. (Thèses de Paris, nº 73.)

— Nouveau moyen d'abréger la durée du travail, par M. Gray. (Gazette médicale de Paris, p. 643.)

La version comme moyen d'extraction du fœtus après l'écrasement de la base du crâne par le céphalotribe dans les rétrécissements du bassin, par M. N. Bertin. (Thèses de Paris, nº 237.)

M. Bertin a eu occasion de voir, pendant qu'il suivait le service d'accouchements à l'hôpital des Cliniques, plusieurs applications du céphalotribe, dans des cas de rétrécissement du bassin, ne pas sauver la vie de la mère. Ayant vu d'autres cas dans lesquels la version podalique permit d'extraire le fœtus rapidement, M. Bertin propose la version comme moyen d'extraction, aussitôt que la base du crâne, suffisamment broyée, n'apporte plus d'obstacle au passage du fœtus à travers le rétrécissement, dès

qu'on aura constaté l'inutilité des tractions avec le céphalotribe. — La version sera généralement possible toutes les fois que le bassin aura au moins 6 centimètres dans son plus petit diamètre : elle sera d'autant plus facile que le bassin se rapprochera plus du bassin oblique ovalaire de Nœgelé : il peut se faire, dans ce cas, qu'un bassin de moins de 6 centimètres permette la version, à cause de la largeur d'un de ses côtés.

Ont encore été publiés sur la version :

— Des indications de la version, par M. Cogoreux. (Thèses de Montpellier, n° 51.)

— Version du fœtus par un seul pied ; généralisation de cette méthode, par M. J. Kuhn. (Gazette médicale de Paris, p. 349-364.)

— Leçon de M. Pajot sur la version, recueillie par M. C. Bergounhioux. (Journal du Progrès, p. 458.)

— Version par manœuvres externes et extraction du fœtus par les pieds, par M. L. Gros. (Bulletin général de Thérapeutique, t. LVI, p. 364.)

— Rupture presque totale du périnée au moment de l'accouchement ; union immédiate de la suture entrecoupée ; guérison complète, par M. Piachaud. (Gazette des hôpitaux, p. 62.)

Dystocie par un kyste hydatique de la cloison recto-vaginale, par M. Blot. (Société de biologie, avril.)

Une femme était en travail depuis trois jours, lorsque M. Blot fut appelé auprès d'elle ; l'obstacle tenait à une tumeur volumineuse que l'on sentait sur la paroi postérieure du vagin. — Cette tumeur était résistante et sa dureté augmentait à chaque contraction utérine ; elle était le siége de légers battements, tenant sans doute au voisinage de quelques artères. En l'examinant par le rectum, la tumeur avait la consistance du tissu fibreux, elle était plus dure que dans sa portion vaginale. A la partie antérieure du rectum on sentait en outre de petites tumeurs globuleuses, dont les plus grosses avaient le volume d'une noisette, et qui devaient être de même nature que la tumeur principale, seulement moins développées. — M. Blot pensa d'abord que l'accouchement pourrait se faire spontanément, parce que la tumeur du vagin était molle ; mais au bout d'une heure, malgré les contractions énergiques de l'utérus, le travail n'avait pas avancé, et il se manifesta une douleur vive éprouvée par la malade dans la région droite et supérieure de la matrice. Ce symptôme fit craindre à M. Blot une rupture de l'utérus, et le détermina à ponctionner la tumeur par le vagin. — Il s'écoula 500 grammes de liquide ; la tumeur disparut complétement, et

dés lors l'accouchement marcha très-rapidement et très-régulièrement. — M. Blot croit qu'il a eu affaire à un kyste hydatique; mais comme le liquide ne contenait aucun débris de membranes, comme l'examen microscopique n'y a pas décelé les crochets qui persistent, même après la disparition des entozoaires, il faut en conclure que c'est là un de ces kystes hydatiques stériles, dont la science possède quelques exemples. — Il est bon de remarquer que cette cause de dystocie est extrêmement rare, puisqu'il n'y en a pas une seule observation dans les auteurs français. — M. Charcot a recherché, dans les ouvrages anglais, les exemples de kystes hydatiques développés dans le bassin; il en a trouvé une douzaine, dont deux avaient la plus grande analogie avec celui de M. Blot. L'un, en particulier, avait produit les mêmes accidents, qui nécessitèrent le même traitement; le succès fut complet.

Nouveau forceps (*léniceps*), par M. Mattei.
(Académie de médecine, 10 janvier.)

M. Mattei propose de remplacer le forceps par un instrument plus commode et plus inoffensif, auquel il a donné, par opposition, le nom de léniceps (*leniter capiens*). Cet instrument se compose de deux cuillères peu différentes de celles du forceps, mais à branches fort courtes et s'articulant par un mécanisme très-simple sur une poignée transversale qui sert à opérer les tractions. Suivant M. Mattei, le léniceps peut être appliqué à la place du forceps dans tous les cas difficiles, comme dans les plus faciles. Il inspire moins de terreur; son application peut être faite sans déranger la femme de son lit, ni même la découvrir complétement. Les cuillères étant plus étroites et plus courbes dilatent moins les parties et tiraillent moins les tissus de la mère que le forceps. Celui-ci ne peut pas saisir sans comprimer, ce qui est nuisible à l'enfant et au mécanisme du travail; le léniceps, avec ses branches mobiles, pousse au contraire la tête d'arrière en avant, comme le fait la contraction. Il est enfin plus commode à porter, plus facile à introduire et à articuler, n'exige pas d'aides pour son application et permet de faire des tractions très-efficaces, même avec une seule main.

Opportunité d'appliquer plus souvent le forceps, par M. Harper.
(Obstetrical Society of London, et Gazette médicale de Lyon, p. 346.)

M. Harper pense qu'il y aurait lieu d'employer le forceps plus fréquemment, et à une période moins avancée du travail, qu'on ne le fait d'ordinaire. Examinant les causes de mort pour la mère qui a subi l'application du forceps, il a reconnu que ces causes

sont les mêmes que celles d'où la mort résulte après un accouchement laborieux sans forceps : d'où il conclut que l'application du forceps n'ajoute rien à ces chances de mort. Quant au fœtus, la compression prolongée de la matrice lui est bien autrement préjudiciable que la pression méthodique et de courte durée que le forceps détermine.—Sur six mille accouchements qu'il a faits dans l'espace de vingt ans, il a appliqué le forceps trois cents fois et il n'a eu que deux morts sur ces trois cents cas.

Emploi rationnel du forceps et du levier, par M. Boddaert. (Annales de la Société médicale de Gand, janvier.)

Le levier est à la fois extracteur et modificateur ; aussi son application est-elle indiquée quand c'est au détroit supérieur qu'est l'obstacle, puisque alors en tirant sur l'occiput il fléchit la tête et facilite sa sortie par un diamètre plus petit : arrivée de cette manière ou spontanément au détroit inférieur, si la tête y trouve des obstacles, c'est alors au forceps qu'il faut s'adresser pour les surmonter. Quand, déviant du mécanisme naturel de l'accouchement, c'est avec ses grands diamètres que la tête se présente aux parties qu'elle doit traverser, c'est encore au levier qu'il faut recourir. Il est souvent aussi plus approprié au but, dans quelques cas de difformité ou de rétrécissement du bassin. Si le forceps protége mieux contre les déchirements du périnée, ou du moins en occasionne de moins considérables que le levier, quand l'un et l'autre instrument sont appliqués au détroit inférieur, le levier mérite à son tour la préférence, comme plus simple et inoffensif, quand il est employé dans les conditions convenables : le seul inconvénient réel qu'il présente, la contusion du canal de l'urètre et même la production d'une fistule urinaire, peut être évité si, au lieu d'être arrondi, cet instrument est aplati et rendu plus large près du manche, ou fenêtré. Il ne faut pas oublier, en outre, que, toutes choses égales d'ailleurs, appliqué au détroit supérieur, le forceps le rétrécit d'un demi à un pouce, tandis qu'avec le levier, appliqué un peu à droite ou à gauche de la symphyse du pubis, il n'y a rien à défalquer. La célérité d'application et d'action du levier le rend encore avantageux dans certains cas qui requièrent de la célérité, tels que des hémorrhagies graves de la femme, le prolapsus du cordon ombilical, etc.

Emploi du levier dans les accouchements, par M. Coppée. (Annales de la Société de médecine de Gand.)

Les conclusions de ce travail sont analogues à celles de l'article précédent.

Résection sous-périostée du pubis substituée aux plus graves opérations obstétricales, par M. de Christoforis. (Annali universali di medicina, et Gazette médicale de Lyon, p. 427.)

Après avoir montré le peu de ressources que la symphysétomie ordinaire donne pour l'agrandissement du bassin, M. de Christoforis énonce la proposition suivante qui sert de base à ses recherches : Dans le plus grand nombre des cas de dystocie par vice du bassin du deuxième au troisième degré, la cause qui met obstacle à la sortie du fœtus est la paroi antérieure du bassin, constituée par les os pubis ; et ceci se vérifie aussi bien dans les cas d'étroitesse absolue que dans ceux d'étroitesse relative existant soit au détroit supérieur, soit à l'excavation, soit au détroit inférieur. — Il propose, en conséquence, de pratiquer, selon le plus ou moins haut degré de l'angustie pelvienne à laquelle on a à faire, la résection de l'une ou des deux branches horizontales du pubis, et d'y ajouter aussi, s'il le faut, la résection de l'une ou des deux branches ascendantes. Le périoste laissé en place conserve aux muscles leurs insertions et leur point d'appui. — D'après les expériences faites sur le cadavre (car le procédé n'a pas été appliqué sur la femme vivante), M. de Christophoris a pu s'assurer que la résection d'une seule des branches horizontales augmente le diamètre antéro-postérieur de 12 à 14 millimètres, sans que le périoste soit exposé à se rompre. Distendue au delà de ce degré, la corde périostique cède et se déchire irrégulièrement en plusieurs points. Si, au lieu de laisser distendre le périoste, on le divise par une incision verticale, l'ampliation que le diamètre antéro-postérieur peut ainsi gagner est de 18 à 22 millimètres. La résection totale de toute la paroi antérieure du bassin donnerait un allongement de près de 4 centimètres.

Opération césarienne, par M. Andrieux. — Rapport par M. Laborie. (Société de chirurgie, 27 avril.)

La femme sur laquelle cette opération a été pratiquée en était à sa cinquième grossesse ; des accidents graves avaient compliqué les premiers accouchements. M. Andrieux, appelé pendant le travail, constata un rétrécissement du bassin, et se décida à pratiquer l'opération césarienne, après s'être assuré que le fœtus était vivant. L'enfant a vécu et la mère était rétablie six semaines après l'opération.—M. Laborie, rapporteur, blâme M. Andrieux ; il lui reproche de ne pas avoir pratiqué l'avortement, puisqu'il savait d'avance que la femme portait un rétrécissement qui ne permettait même pas l'accouchement prématuré. M. Andrieux a basé sa conduite sur des considérations morales qui ne peuvent avoir aucune valeur à Paris, où la mort frappe toutes les opérées.

— M. le rapporteur regrette de ne pas rencontrer plus de détails dans les observations de succès obtenus en province, à la suite de l'opération césarienne. — On ne doit faire l'hystérotomie que si l'extraction de l'enfant, même en lambeaux, était impossible. — Dans les cas où il deviendrait urgent de pratiquer l'opération césarienne, les femmes qui devraient la subir devraient être envoyées à la campagne et placées dans de bonnes conditions.

Nous citerons encore sur l'opération césarienne :

— Observations de gastrotomie et d'opération césarienne pour des cas de rétrécissement considérable du bassin, par M. Pagenstecher. (Geburtskunde, t. XII.)

— Recherches et considérations sur l'opération césarienne, par M. Bourgeois. (Moniteur des Hôpitaux, p. 479, 485, 490.)

— Opération césarienne au vingt-deuxième mois de la grossesse, par M. F. Alonso. (Progrès, p. 502.)

— Statistique des résultats fournis par l'opération césarienne, par M. Murphy. (Bulletin de Thérapeutique, t. LVI, p. 251.)

— Relation de quelques cas obstétricaux difficiles et contre nature, par M. Jaussaud. (Montpellier, imp. Bœhm, in-8, 56 pages.)

— Nouveau procédé d'embryotomie, par M. Lévy. (Archives générales de médecine, p. 231.)

— Opérations destinées à diminuer le volume du fœtus, par M. Ph. Gyoux. (Thèses de Paris, nº 239.)

Les travaux suivants ont été publiés sur la *délivrance* et le *placenta* :

— De la délivrance, par M. Copin. (Thèses de Paris, nº 120.)

— Rapports de la surface interne de l'utérus et du placenta, par M. Chisholm. (Gazette médicale, p. 642.)

— Implantation du cordon au pourtour déplissé de l'ombilic; défaut d'oblitération de l'ouraque; écoulement persistant d'une partie de l'urine par cette voie, par M. Gentil. (Progrès, p. 281.)

— Insertion du placenta sur le col et le segment inférieur de l'utérus; hémorrhagies multiples; tamponnement; version, par M. Redlick. (Union médicale, t. III, p. 47.)

— Enchatonnement du placenta ; contractions irrégulières de l'utérus, par M. Foucart. (Gazette des Hôpitaux, p. 184.)

— Délivrance difficile; contraction de l'utérus en gourde; adhérences très-fortes du placenta ; accidents puerpéraux ; fièvre de lait tardive, par M. A. Foucart. (Gazette des hôpitaux, p. 299.)

— De l'insertion du placenta sur l'orifice interne du col de l'utérus, par M. de Lignerolles. (Thèses de Paris, nº 108.)

— Influence exercée par le placenta sur le développement de l'utérus pendant la grossesse, par W. Read. (Extrait de : American journal, avril 1858, Gazette hebdomadaire, p. 333.)

Nouveau symptôme de la rupture de l'utérus, par le docteur M'Clintock. (Archives générales de médecine, mars, p. 348.)

Ce signe serait l'état emphysémateux des parois abdominales.

Il a encore été publié sur les *ruptures de l'utérus* :

— Rupture de la matrice au troisième mois de la grossesse. — Mort. — Altération tuberculeuse du fond de l'organe, par M. Cooper. (Journal du Progrès, p. 111.)

— Rupture de l'utérus pendant le travail, par M. F. Brown, (Journal du Progrès, p. 448.)

— Rupture de la symphyse pubienne survenue pendant l'accouchement, par M. Bouchacourt. (Gazette médicale de Lyon, p. 242.)

— Des ruptures de l'utérus pendant le travail de l'accouchement, par M. A. Poitevin. (Thèses de Paris, nº 128.)

Du traitement consécutif aux hémorrhagies puerpérales, par M. Charrier. (Bulletin de Thérapeutique, t. LVII, p. 154.)

L'auteur recommande l'emploi de lavements vineux associés à l'opium.

Publications sur les *hémorrhagies puerpérales* :

— Syncopes produites par des hémorrhagies utérines graves et traitées avec succès par l'emploi du marteau de Mayor et les lavements de vin, par M. Debout. (Bulletin général de Thérapeutique, t. LVI, p. 85.)

— Transfusion du sang dans les cas d'hémorrhagies utérines graves. — Succès, par M. Dutemps. (Bulletin de Thérapeutique, t. LVI, p. 77.)

— Action rapide et efficace des lavements de vin de Porto dans un cas d'hémorrhagie utérine très-grave à la suite de couches. (Union médicale, t. II, p. 50.)

— Tamponnement du vagin dans les hémorrhagies utérines puerpérales, par M. Mathieu. (Gazette des hôpitaux, p. 194.)

— L'usage du chloroforme dans les accouchements prédispose-t-il aux hémorrhagies? par M. L. Liégard. (Gazette des hôpitaux, p. 94.)

— Hémorrhagies puerpérales, par M. Cl. Ollivier. (Gazette des hôpitaux, p. 224.)

— De l'hémorrhagie puerpérale, par M. A. Guillet. (Thèses de Paris, nº 142.)

— De l'hémorrhagie utérine pendant les derniers mois de la grossesse et pendant l'accouchement, par M. Lépinay de La Beaudière. (Thèses de Paris, nº 50.)

Accouchement spontané après la mort de la mère, par M. Frentrop. (Gazette hebdomadaire, p. 45.)

Mort pendant le travail; accusation d'homicide par omission, dirigée contre l'accoucheur, par M. Busch. (Vierteljahrschrift für gerichtliche und œffentliche Medicin, juillet, 1858; Gazette hebdomadaire, p. 78.)

Mort subite pendant le travail, par M. Williamson. (Gazette hebdomadaire, p. 508.)

De la mort subite des femmes en couches causée par des coagulums sanguins dans le cœur et dans les vaisseaux pulmonaires, par M. J. Dawson. (Thèses de Paris, n° 125.)

On trouve dans cette thèse une bonne étude sur l'embolie. L'auteur ne pense pas que dans tous les cas où l'on trouve une oblitération de l'artère pulmonaire, le caillot obturant ait été fermé primitivement dans un point du système veineux. Voici sur quelles raisons il se fonde : 1° il y a des observations dans lesquelles on n'a pas trouvé de caillots dans les veines ; 2° chez les femmes en couches, la coagulabilité du sang est telle, que des caillots peuvent se former dans les cavités droites du cœur ; 3° dans quelques cas rares, l'anatomie pathologique semble justifier l'idée de Baron, qui regarde l'obturation comme produite par des coagulums, ayant leur point de départ dans les petites divisions des vaisseaux pulmonaires.

De la phlegmatia alba dolens, par M. Randon du Landre. (Thèses de Paris, n° 111.)

Inhalations de chloroforme contre l'éclampsie puerpérale, par M. Dupau. (Journal de médecine de Toulouse, mars.)

Eclampsie persistant après l'extraction de l'enfant au moyen du forceps.— Inhalations de chloroforme plusieurs fois répétées ; profond sommeil de la malade. Quelques heures après, disparition complète de tout accident.

Travaux sur l'*éclampsie :*

— De l'albuminurie en général, et plus spécialement pendant la grossesse. — De l'éclampsie. — De l'accouchement provoqué comme moyen de suspendre les convulsions éclamptiques, par M. Mattei. (Gazette des hôpitaux, p. 107 et 124.)

— Eclampsie épileptiforme chez une femme en couches. (Moniteur des hôpitaux, p. 23.)

— Eclampsie puerpérale traitée avec succès par le chloroforme, par M. Richardson. (Gazette hebdomadaire, p. 45.)

— Convulsions puerpérales avec oblitération complète du museau de tanche, par M. Thompson. (Gazette médicale, p. 106.)

— Eclampsie pendant la grossesse, pendant le travail et après l'accouchement, par M. Lhercroux. (Thèses de Paris, n° 240.)

Métro-péritonite puerpérale, promptement domptée par une couche de collodion sur l'abdomen, par M. Robert de Latour. (Union médicale, n° 73.)

Une dame est prise de métrite, cinq jours après l'accouchement; la maladie cède en quelques heures à l'application d'une couche de collodion sur l'abdomen, à l'immobilité et aux émollients. Moins d'une semaine après, se déclare une métro-péritonite, que jugule aussi rapidement la même thérapeutique, aidée de trois doses purgatives d'huile de ricin.

Traitement de la fièvre puerpérale, par M. Serres, d'Alais. (Académie de médecine, 26 avril.)

Il faut, selon M. Serres, tenir compte d'abord du traumatisme qui résulte du passage de la tête à travers les parties génitales, puis de l'hémorrhagie qui prédispose si puissamment à l'ébranlement nerveux. Quand, sous l'influence de ces trois éléments, le frisson se déclare le troisième jour, l'innervation est profondément troublée d'une part, et, d'autre part, les liquides utéro-vaginaux, absorbés, agissent comme poison sur le cœur, et de là, par la circulation, sur toute l'économie. — Pour remédier à ces divers éléments, M. Serres recommande la digitaline, donnée à la dose de 1 granule toutes les quatre heures; en quarante-huit heures, tout se calme et rentre dans l'ordre. — Quelques explications sont échangées à ce sujet entre M. Depaul et M. Serres.

Nous trouvons encore sur l'*état puerpéral* les publications suivantes :

— Etiologie de la fièvre puerpérale, par M. J. Smith. (Gazette médicale, p. 177.)

— Etat puerpéral; soins qu'il réclame, par M. Desmons. (Thèses de Paris, n° 257.)

— Influence de la grippe sur l'état puerpéral, par M. Lavirotte. (Gazette médicale de Lyon, p. 357.)

— Affinité de la fièvre puerpérale et de l'érysipèle au point de vue étiologique, par J. Levergood. (Gazette médicale, p. 207.)

— Pelvi-péritonite, par M. Tibt. (Gazette médicale de Lyon, p. 222.)

— Métro-péritonite puerpérale suppurée. — Evacuation au dehors du liquide purulent par l'ombilic. — Injections iodées.— Guérison, par M. Bertrand. (Moniteur des hôpitaux, p. 668.)

— Observations ayant pour but d'éclairer le traitement de la fièvre puerpérale, par M. Chrestien. (Montpellier, imprimerie Boehm. — In-8°, 30 pages.)

— La fièvre puerpérale devant le Congrès scientifique de 1859, par M. Laborderie. (Limoges, imprimerie Ducourtieux. — In-8°, 106 pages.)

— Fièvre puerpérale, par M. Duhamel. (Gazette des hôpitaux, p. 500.)

— Gangrène puerpérale, par M. Blakmann. (Gazette hebdomadaire, p. 188.)

Affaiblissement de la sécrétion lactée ; ses remèdes, par M. Routh. (Med. Society of London, et Gazette médicale de Lyon, p. 143.)

M. Routh regarde l'état de lactation insuffisante comme pouvant être produit par trois causes : l'hypérhémie, chez les nourrices voraces, qui se traite par le régime antiphlogistique ; l'anémie, chez les femmes qui ont souffert des privations, dont l'antidote n'est pas plus difficile à trouver ; enfin, l'inertie de la mamelle, qui s'observe surtout chez les femmes qui ont quelque chose de masculin dans la constitution, ou qui ont été mariées tard. A part le cas, très-rare, d'atrophie de la glande mammaire, on peut triompher de cet état, en combinant le traitement local ou mécanique, l'hygiène, la diète et les agents pharmaceutiques. — La succion a un effet stimulant incontestable, effet qui sera d'autant plus puissant qu'elle parviendra mieux à imiter l'action des lèvres de l'enfant. L'auteur énonce plusieurs observations physiologiques, desquelles il conclut que la séparation de l'homme et de la femme pendant le nourrissage est très-préjudiciable à la lactation. — Le traitement diététique consiste, d'une manière générale, on peut le dire, *à bien boire et bien manger*. Néanmoins, certains aliments jouissent d'une propriété lactagogue spéciale ; tels sont les lentilles, fèves, pois, soupes de farine, huîtres, crabes, poissons. Parmi les boissons, on doit préférer le porter, l'ale, le lait et l'infusion de fenouil. — Parmi les nombreux agents recommandés comme activant la sécrétion laiteuse, M. Routh distingue la saponaire et les semences de fenouil ; mais il reconnaît surtout une vertu particulière aux feuilles et aux tiges du ricin.

De l'influence excitatrice de l'électricité appliquée aux organes de sécrétion, par M. Lardeur. (Thèses de Paris, n° 6.)

L'auteur s'occupe surtout de ses bons effets pour ramener ou augmenter la sécrétion du lait chez les nourrices.

Action abortive de la belladone sur la sécrétion du lait, par M. Newmann. (Bulletin général de Thérapeutique, t. LVI, p. 343.)

L'auteur a pu constater les bons effets de l'application des préparations belladonées sur les seins.

Quelques remarques critiques sur la fièvre de lait, par M. Mourette. (Thèses de Paris, n° 192.)

M. Mourette soutient dans cette thèse que : 1° la fièvre de lait n'existe pas ; 2° la fièvre qui se montre quelquefois chez les nouvelles accouchées n'a de commun avec la lactation que la simultanéité ; 3° loin que la fièvre soit nécessaire à la monte du lait, elle s'oppose généralement à son ascension, pour peu qu'elle soit intense ; 4° si quelquefois la fièvre se montre sans autre cause appréciable que la révolution laiteuse, c'est là une exception si rare qu'on doit à peine en tenir compte. Voici les raisons que l'auteur fait valoir à l'appui de ces propositions : L'établissement de la lactation chez les nouvelles accouchées bien conformées ne s'accompagne nullement de fièvre ; ce qui se conçoit, puisque le lait est un produit de sécrétion physiologique. D'après l'aveu même des partisans de la fièvre de lait, un grand nombre de femmes en sont exemptes, sans que cela les empêche de faire de bonnes nourrices. — La fièvre qu'on observe souvent chez les nouvelles accouchées peut tenir à des causes fort différentes ; et d'abord, le pouls s'étant considérablement ralenti, immédiatement après l'accouchement, on ne doit pas s'étonner qu'en se relevant il dépasse un peu ses limites naturelles ; dans d'autres cas, le mouvement fébrile qu'on a décrit sous le nom de fièvre de lait pouvait être dû : 1° à une fièvre puerpérale excessivement légère ; 2° à l'anémie ; 3° à une déchirure des parties génitales ; 4° à une inflammation simple ou gangréneuse du conduit vulvo-utérin ; 5° à une ulcération du mamelon ; 6° à une trop grande distension des mamelles ; 7° enfin, dans quelques cas, à plusieurs autres causes que l'auteur énumère, mais qui se rencontrent beaucoup plus rarement.

Traitement des gerçures du sein pendant l'allaitement, par M. Anselmier. (Union médicale, t. I, p. 11.)

L'auteur cite l'emploi du bout de sein, du collodion ; il se sert,

dans les cas légers, de poudre de benjoin, qu'il préfère au nitrate d'argent.

Nous signalerons encore sur l'*allaitement* les travaux suivants :

— De l'allaitement et de sa durée, par M. Soudan. (Thèses de Paris, n° 223.)

— Influence immédiate des émotions morales de la nourrice sur la santé des enfants à la mamelle, par M. Sous. (Thèses de Paris, n° 92.)

— L'allaitement maternel, par M. Deprez. (Thèses de Paris, n° 178.)

— De la lactation et de l'allaitement, par M. Bonhomme. (Thèses de Paris, n° 89.)

— Des divers modes d'allaitement, par Bouts. (Thèses de Paris, n° 100.)

— Allaitement naturel et artificiel, par M. Cumming. (Gazette médicale, p. 662.)

— Menstruation existant pendant l'allaitement en même temps qu'une grossesse. (Union médicale, t. I, p. 13.)

— Mortalité des nouveau-nés due à l'allaitement artificiel. (Gazette des hôpitaux, p. 55.)

Appareil à insufflation d'air chez les nouveau-nés.
(Union médicale, t. II, p. 79.)

Il se compose d'un ballon ou poire en caoutchouc vulcanisé de la grosseur d'une orange ; on y adapte un tube métallique long de 12 centimètres, un peu recourbé vers l'extrémité libre. Celle-ci est fermée, mais le tube est percé de deux ouvertures latérales. Pour permettre l'entrée de l'air extérieur dans le réservoir élastique, le tube porte une troisième ouverture un peu plus grande que les autres, à 1 centimètre à peu près de son insertion au ballon ; cette ouverture est bouchée par le pouce pendant que l'on comprime le réservoir, et laissée béante quand celui-ci se distend. L'air s'y précipite en grande quantité et renouvelle ainsi celui que l'aspiration fait revenir des poumons.

Nature de l'œdème des nouveau-nés et ses conséquences thérapeutiques,
par M. Letourneau. (Union médicale, t. III, p. 355.)

L'auteur croit que cet œdème tient au jeu incomplet des organes respiratoires ; il recommande l'insufflation et la respiration artificielle.

Nous citerons encore sur des sujets analogues :

— Mort apparente des nouveau-nés ; moyens de rappeler les enfants à la vie; insufflation pulmonaire, par M. Depaul. (Gazette des hôpitaux, p. 429.)

— Nature et traitement de la mort apparente du nouveau-né, par M. Bleynie. (Moniteur des hôpitaux, p. 348-357.)

— Hémorrhagies ombilicales consécutives ou spontanées chez les nouveau-nés, par M. Grandinier. (Gazette hebdomadaire, p. 670.)

— Hémorrhagie ombilicale chez les enfants nouveau-nés, par M. Emile Dubois. (Gazette hebdomadaire, p. 729.)

— Statistique médicale; augmentation de la mortalité des nouveau-nés, par M. A. Ancelon. (Gazette des hôpitaux, p. 316.)

— Statistique des enfants morts-nés. (Gazette médicale de Lyon, p. 427.)

— Fracture intra-utérine, par M. Adam Hammer. (Société de chirurgie, 27 juillet.)

— Plaie contuse produite chez un fœtus dans l'utérus, par M. Lynch. (Gazette des hôpitaux, p. 119.)

— Influence du seigle ergoté sur les nouveau-nés. (Société de médecine pratique, 7 juillet; Gazette des hôpitaux, p. 392.)

— Accidents asphyxiques du fœtus produits par le seigle ergoté dans l'accouchement, par M. L. Sorbets. (Moniteur des hôpitaux, p. 652.)

— Recherches statistiques sur le développement des enfants, par MM. Schoepf et Whitehead. (Union médicale, t. II, p. 121.)

— Hérédité indirecte ou influence d'une première paternité sur les produits d'une seconde fécondation, par M. Giraud-Teulon. (Gazette médicale, p. 239.)

— Utilité de la saignée générale dans les convulsions chez les enfants de deux à sept ans, par M. Hervier. (Gazette médicale de Lyon, p. 215.)

— Convulsions infantiles guéries par les inhalations de chloroforme, par M. James. (Gazette hebdomadaire, p. 45.)

De l'ictère des nouveau-nés, par M. J.-B. Gasté. (Thèses de Paris, nº 61.)

La théorie de l'ecchymose est trop exclusive. L'ictère des nouveau-nés ne diffère pas de celui des adultes ; c'est un symptôme réel et non une manifestation quasi-physiologique. Il y a un ictère essentiel, c'est-à-dire ne pouvant être expliqué par aucune altération anatomique appréciable à l'autopsie ; d'autres fois l'ictère reconnaît pour cause un épaississement de la bile, ou bien un épaississement du canal cholédoque avec rétrécissement ou oblitération. Il règne quelquefois épidémiquement. Quant à la

doctrine de l'hépatite chronique, de M. Bouchut, elle est dénuée de fondement. — Telles sont les principales idées soutenues dans cette thèse.

Du rachitisme intra-utérin, par M. Lafont-Marron. (Thèses de Paris, no 8.)

Bonne thése que l'auteur termine par un certain nombre de conclusions : 1° Le rachitisme congénital existe.—2° La nature du rachitisme congénital est la même que celle du rachitisme après la naissance.—3° Si ces deux états pathologiques ne présentent pas toujours la même forme, cette différence tient au milieu dans lequel vivent les sujets.—4° Le rachitisme congénital s'adresse à des os non formés et cause leurs altérations, soit en empêchant la matière calcaire de se déposer ou de se distribuer régulièrement, soit en favorisant la résorption de celle qui est déjà déposée.—5° Il existe des fractures intra-utérines : les unes récentes, d'autres en voie de consolidation, et quelques-unes entièrement consolidées.—6° On trouve aussi des dépôts osseux irréguliers, simulant des fractures réunies par un cal.—7° Les causes de cette maladie peuvent être ramenées à trois principales : hérédité, mauvaise alimentation, grossesses gémellaires.—8° Le fœtus peut parcourir toutes les périodes de la maladie dans le sein de sa mère.—9° Le nanisme peut, peut-être, résulter de cette éburnation.

De l'alimentation de la première enfance et du rachitisme, par M. Deschamps. (Thèses de Paris, n° 19.)

Cette thèse est divisée en deux parties. Dans la première se trouve une excellente description du rachitisme. La seconde est consacrée à l'alimentation de la première enfance et au traitement du rachitisme. L'auteur termine par les conclusions suivantes : 1° Le rachitisme est une modification pathologique de tout l'organisme.—2° Cette modification pathologique a pour cause une mauvaise alimentation dans les premières périodes de la vie.—3° La mortalité, si fréquente dans l'enfance, est en partie causée par la mauvaise alimentation.—4° Pour avoir un enfant bien développé et ayant tous les attributs de la santé, il faut nécessairement une bonne nourrice et une hygiène alimentaire bien dirigée.

Paralysie chez les enfants, par M. Eug. Gibert. (Thèses de Paris, n° 256.)

M. Gibert réunit une série d'observations prises soit dans le service, soit à la consultation de M. Bouvier. Il divise les para-

lysies en paralysies essentielles, c'est-à-dire sans lésion et sans cause appréciable, et en paralysies dont la cause est connue. Ces dernières sont : 1° symptomatiques, c'est-à-dire liées directement à une affection du système nerveux central ou périphérique; 2° sympathiques, c'est-à-dire amenées par la réaction d'un organe ou d'un système lésés, sans qu'aucune cause agisse directement sur le système nerveux. Parmi les paralysies sympathiques, l'auteur range les paralysies consécutives à la diphthérie. — Conclusions pronostiques et thérapeutiques : 1° le pronostic est défavorable dans les paralysies par lésion cérébrale tuberculeuse; il est moins fâcheux dans les autres affections du système nerveux central ou périphérique (méningite, affections de la moelle, etc...); 2° dans les paralysies sympathiques, la guérison est presque toujours la règle; 3° dans les paralysies essentielles, il en est de même, à moins d'atrophie graisseuse complète; 4° le traitement consistera en électrisations, toujours avantageuses (sauf le cas de lésion cérébrale récente), en toniques, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur (quinquina, bains froids, bains sulfureux, bains d'eau salée, douches, frictions, etc...); dans les cas rebelles, il sera permis de tenter l'emploi de la strychnine.

Dentition :

— Nouveau moyen de prévenir les accidents causés par une dentition difficile, par M. E. Vautier. (Gazette des hôpitaux, p. 591.)

— Eruption des dents; accidents qu'elle produit, par M. Cl.-Jos. Rameau. (Thèses de Paris, n° 232.)

— Accidents divers causés par la dentition, par M. H. Hancock. (Union médicale, t. III, p. 102.)

Auscultation céphalique, par **M. Roger**.
(Académie de médecine, 11 octobre.)

L'idée d'appliquer l'auscultation au diagnostic des maladies cérébrales appartient au docteur Fisher (de Boston). — Après avoir jugé par la clinique la valeur de l'auscultation de la tête dans la séméiologie des maladies du cerveau; après avoir reconnu que ce mode d'exploration physique ne donne guère que des résultats négatifs, M. H. Roger mentionne quelques faits d'auscultation cérébrale et de pathologie infantile que les précédentes recherches lui ont appris, faits qui lui semblent nouveaux et d'un certain intérêt pratique; il les résume à la fin de son mémoire. —Ces faits sont : — « 1° L'existence d'un souffle céphalique dans la chloro-anémie des très-jeunes sujets, souffle très-fréquent, alors qu'il est tout à fait exceptionnel dans les affections de l'encéphale; — 2° la nature de ce souffle, qui est, dans tous les

cas, un bruit lié à une altération du sang, un bruit inorganique et non pas organique ; — 3° la fréquence de la chloro-anémie dans la première année de la vie et à l'époque de la dentition ; — 4° la fréquence également méconnue de l'anémie dans la coqueluche ; —5° la possibilité de reconnaître de très-bonne heure, par l'auscultation du crâne, l'altération du liquide sanguin, et conséquemment de la combattre vite, ce qui n'est pas peu important dans le très-jeune âge, où toute cause de débilitation de l'économie peut aboutir, surtout s'il y a prédisposition, à une tuberculisation générale ; — 6° la fréquence, sinon la constance du souffle céphalique dans le rachitisme ; — 7° la démonstration par ce souffle et par ses caractères de la nature du rachitisme, qui doit être considéré non point comme un mal localisé au système osseux, mais comme une altération du sang, comme une maladie qui affecte tout l'organisme ; — 8° la constatation, au moyen de chiffres précis, de l'époque où les fontanelles commencent à se fermer (à dix mois chez le quart des sujets), de celle où l'occlusion doit être complète (de deux à trois ans dans presque tous les cas), notion qui n'est pas sans importance au double point de vue de la pathologie et de la médecine légale : d'une part, en effet, constater une occlusion tardive des fontanelles, c'est reconnaître en même temps un retard apporté à l'ossification générale, et conséquemment annoncer l'imminence du rachitisme ou du commencement d'une hydrocéphalie, et, inversement, constater une occlusion précoce des sutures et des fontanelles, c'est être à même de prévoir la possibilité d'une microcéphalie et d'une idiotie consécutive ; d'autre part, la détermination de l'état des fontanelles à une période donnée de la première enfance peut servir au médecin légiste pour fixer d'une manière très-approximative l'âge d'un enfant, ou pour résoudre une question d'identité. »

Rapport de M. de Kergaradec (6 décembre). — L'auscultation céphalique, quand elle est praticable, a quelques avantages sur l'auscultation des gros vaisseaux du cou, souvent rendue impossible par l'indocilité de l'enfant. Elle peut être pratiquée dans le sommeil ou pendant l'allaitement ; elle sera donc toujours possible et souvent facile. Ces résultats sont bien minces sans doute, si on les compare à ceux qu'avaient annoncés les auteurs de la méthode. En présence d'une telle déception, on ne s'étonne pas que M. Roger se prenne à regretter un peu les peines qu'il s'est données pour recueillir de nombreuses observations. Cependant l'auscultation de la tête, découverte il y a plus d'un quart de siècle, est encore un signe neuf. Qui peut savoir ce que l'avenir lui prépare ? car la science de l'auscultation médicale n'a pas dit son dernier mot. — M. de Kergaradec lit un deuxième rapport sur une lettre de M. Nonat, adressée à l'Académie, à l'occasion du mémoire de M. Roger. — Le travail de M. Nonat a pour

titre : *Note sur la chloro-anémie des enfants.*— M. Nonat croit que la chloro-anémie est la règle dans le jeune âge ; cette doctrine ne diffère en rien de celle de M. Roger. Il n'admet aucune relation pathogénique entre la coqueluche et la chloro-anémie, et il considère l'auscultation du cou comme suffisante chez les enfants.

Occlusion et ossification des fontanelles, par M. H. Roger. (Union médicale, t. IV, p. 405 et 412.)

La non-occlusion des fontanelles, à un âge où elles devraient être fermées, peut être une des premières manifestations du rachitisme et faire prévoir ainsi l'imminence de cette affection, de même qu'ultérieurement, en s'ajoutant aux autres symptômes, elle devient un élément de diagnose plus positive. — La persistance de ces ouvertures, leur étendue et surtout leur agrandissement à un âge où elles devraient avoir disparu, seraient également un signe certain d'hydrocéphalie. — Inversement, leur occlusion trop tardive, à une période où, d'ordinaire, les sutures ne doivent pas être soudées, où les fontanelles doivent persister, où le cerveau se développe activement et où l'intelligence commence à naître, cette occlusion peut faire redouter la compression du cerveau, et l'étouffement, pour ainsi dire, de l'intelligence, par une boîte osseuse inextensible, c'est-à-dire la microcéphalie et l'idiotie. — Enfin la détermination aussi rigoureuse qu'il est possible de la disparition des fontanelles pourra servir, en médecine légale, à établir approximativement l'âge d'un enfant, ou à résoudre des questions d'identité.

— Absence totale de dilatation des vésicules pulmonaires observée sur des enfants nés vivants, par M. Bezeth. (Gazette des hôpitaux, p. 143.)

— Note sur la nature et le traitement de la mort apparente du nouveau-né, par M. Bleynie. (Limoges, Chapoulard ; in-8, 14 pages.)

— Faits tirés de la médecine des enfants, par M. J. Bierbaum. (Journ. für Kinderkrankheiten ; Gazette médicale de Paris, p. 10.)

— Dégénérescence graisseuse des muscles chez un enfant atteint de rachitisme, par M. Legendre. (Société de biologie, juin ; Gazette médicale de Paris, p. 531.)

— Examen chimique d'un liquide laiteux obtenu par la ponction pratiquée sur une jeune fille de huit ans. — Observation de M. Lorain; analyse de M. Buignet. (Société de biologie, novembre, 1858 ; Gazette médicale de Paris, p. 36.)

— Auscultation céphalique chez les enfants, par M. F. Rilliet. (Gazette médicale de Paris, p. 579, 781.)

—Fractures intra-utérines, par M. Basker. (British med. Journ.; Gazette des hôpitaux, p. 90.)

— Utilité de la ventilation dans les maisons d'accouchement, par M. Schnepp. (Med. Times and Gaz.; Union médicale, p. 98.)

— Coryza des nouveau-nés. (Bulletin de Thérapeutique, t. LVI, p. 249.)

— Fièvre puerpérale grave, par M. Thibaut. (Gazette des hôpitaux, p. 29.)

— Vie sans respiration, par MM. Eug. Lafargue et E. Dégranges. (Gazette des hôpitaux, p. 198.)

— Vie sans respiration et respiration avant la naissance, par M. L. Casper. (Gazette des hôpitaux, p. 170.)

— Epidémie d'érythème intertrico-gangréneux des oreilles observée sur les enfants en bas âge, par M. Bocamy. (Moniteur des sciences, p. 301, 313.)

— Mémoire consultatif à l'occasion d'un fait d'infanticide, par M. Desmartis. (Paris, imprimerie Plon ; in-8, 16 pages.)

Importance des flux dans l'enfance et aux autres époques de la vie, par M. Baumés. (Académie de médecine, 20 décembre.)

La doctrine exposée dans ce travail peut se résumer dans la proposition suivante :

On peut considérer les flux, dans bien des cas, comme des voies naturelles de décharge, comme un inconvénient nécessaire, servant de remède naturel à un mal aussi naturel. Il faut donc, dans ces cas, savoir les respecter ou seulement les adoucir, ou bien, quand l'inconvénient est trop considérable, les combattre en s'efforçant d'imiter la nature, qui quelquefois remplace ce flux par d'autres flux sur des tissus semblables ou analogues à ceux sur lesquels les premiers flux étaient établis.

THÉRAPEUTIQUE ET PHARMACIE.

Essai sur l'expérimentation thérapeutique, par M. Duboué. (Thèses de Paris, n° 155.)

Cette thèse est divisée en quatre parties. — La première est intitulée : « Méthode naturelle d'expérimentation ; » l'auteur y fait voir comment le médecin se trouve conduit, presque à son insu, à l'expérimentation. — La deuxième traite de la voie expérimentale suivie jusqu'à ce jour en thérapeutique. — La troisième a trait aux règles de l'expérimentation. — Dans la qua-

trième, qui forme la conclusion de son travail, l'auteur parle des résultats possibles et probables de l'expérimentation ainsi conduite. — M. Duboué pense que non-seulement le médecin a le droit, mais même que c'est un devoir pour lui d'expérimenter, toutes les fois qu'il se trouve en face d'une maladie incurable et mortelle.

De la thérapeutique anatomique, physiologique et rationnelle, comparée à la thérapeutique empirique et spécifique, par **M. Piorry.** (Académie de médecine, 17 mai et 7 juin.)

Le long mémoire de M. Piorry est résumé dans les propositions suivantes :

La thérapeutique presque entière repose sur les connaissances anatomiques, physiologiques, enrichies des faits physiques, chimiques, et fécondées par l'observation clinique. — La thérapeutique positive ne peut être établie que sur ces diverses connaissances qui permettent d'apprécier les *causes*, la *pathogénie* et les *effets* des lésions, qu'un *diagnostic extrêmement exact* doit avant tout déterminer. — Le rationalisme, qui, depuis Descartes, a été la marche des observateurs véritables, doit être la base de la médecine, comme il a été la base des autres sciences naturelles. — Avant de chercher des médicaments nouveaux contre une *maladie*, il faut reconnaître et préciser les états organiques et physiologiques existants, et bien étudier l'action qu'exercent sur ces états les médicaments connus et les agents hygiéniques. — L'immense majorité des progrès réels qu'a faits la thérapeutique repose sur le rationalisme médical, qui a pour boussole le positivisme du diagnostic. — Les médicaments spécifiques, c'est-à-dire ceux qui sont adressés à une cause inconnue et que le hasard seul découvre, sont fort peu nombreux, et ils doivent passer dans la pratique seulement lorsqu'ils sont indiqués par le rationalisme et le diagnostic le plus positif. — Enfin, c'est à tort qu'un certain nombre de médecins ne cessent de censurer le rationalisme médical, auquel se rattache la thérapeutique du sens commun, pour élever sur des échasses, dont ils ne sentent pas toute la fragilité, le spécificisme le plus brutal; celui-ci n'a d'autre base que le hasard, et ses seuls appuis sont la fantaisie et la crédulité, encouragées par la crédulité d'un public ignorant, auquel la science déplaît, et qui se laisse entraîner avec passion par le merveilleux du mysticisme et par de fallacieuses promesses!

Plan d'une thérapeutique par le mouvement fonctionnel, par **M. Dally.** (Thèses de Paris, n° 25.)

Organicien, M. Dally rejette l'entité morbide, et ne voit dans

la maladie qu'un assemblage d'organes malades. Comme il n'y a entre le fonctionnement de ces derniers et le fonctionnement des organes sains que des différences d'intensité en plus ou en moins, tout le secret de la thérapeutique consiste à exalter ou à modérer certaines fonctions. Ce n'est pas autrement qu'agissent les médicaments. — Telles sont les principales idées qui ont présidé à la rédaction de cette thèse. — L'auteur y passe en revue les principales fonctions de l'économie; à propos de chacune d'elles, il étudie les moyens de les exalter ou de les diminuer, et les conséquences qui résultent de ces variations; enfin, il examine les maladies dans lesquelles les modifications ainsi produites sont indiquées.

Quelques considérations sur l'emploi de l'électricité en médecine, par M. Hémelot. (Thèses de Paris, n° 179.)

M. Hémelot divise son sujet en deux parties : la première comprend l'historique et la bibliographie, les appareils et les modes d'application ; dans la seconde, qui est la plus importante, il s'occupe des principales affections susceptibles d'être modifiées ou guéries par la médication électrique.

Signalons encore sur la *thérapeutique en général :*

— Etudes critiques sur les principales causes qui ont arrêté les progrès de la thérapeutique, par M. Ganiez. (Thèses de Paris, n° 157.)

— Influence de la forme pharmaceutique sur l'action des médicaments, par M. Dennecy. (Union médicale, t. I, p. 99.)

— Alimentation considérée comme moyen thérapeutique, par M. Lucot. (Thèses de Paris, n° 261.)

— L'analyse chimique et les méthodes thérapeutiques, par M. Bertulus. (Gazette des hôpitaux, p. 273.)

— Applications nouvelles de la cautérisation nitrique, par M. L. Hamon. (Union médicale, t. IV, p. 212.)

— Prophylaxie et traitement de certaines inflammations légères, par M. Ed. Baudot. (Union médicale, t. III, p. 433.)

— Du café en hygiène et en thérapeutique, par J.-B. Chicou. (Thèses de Paris, n° 133.)

Opium indigène, par M. Roux. (Académie des sciences, 27 juin.)

M. Roux a fait, de 1851 à 1858, des recherches qui ont porté sur huit variétés ou espèces de pavots, savoir : 1° le pavot blanc médicinal à capsules indéhiscentes; 2° le pavot-

œillette; 3° le pavot-œillette aveugle (capsules indéhiscentes); 4° le pavot lilas foncé avec une tache brune à la base du pétale; 5° le pavot violet; 6° le pavot à pétale rouge; 7° le pavot de l'Inde, *cassa-cassa* de la côte de Coromandel; 8° le pavot à bractées. — Les résultats auxquels il est arrivé sont résumés par lui dans les propositions suivantes : — 1° Le pavot de l'Inde fournit une proportion considérable d'opium et de graines; la culture de cette remarquable espèce devrait être tentée dans les départements où l'extraction de l'huile d'œillette s'opère sur une grande échelle. Cette plante s'acclimatera facilement en France. Un semis fait en octobre 1857 a parfaitement réussi, et les jeunes plants ont, sans accident, supporté, dans l'hiver 1857-1858, une température de 10 degrés au-dessous de zéro. L'influence de ce froid n'a pas été plus sensible sur des pavots blancs, œillettes ordinaires, pavots rouges, semés à la même époque et dans le même terrain que les pavots de l'Inde. 2° Les pavots-œillettes, œillettes aveugles et rouges, sont les espèces qui fournissent le meilleur opium. 3° Le suc provenant de ces pavots offre une richesse en morphine supérieure à celle des opiums du commerce. 4° L'œillette, l'œillette aveugle, le pavot indien, le pavot rouge, pourraient être cultivés avec avantage dans la plupart de nos départements. — L'emploi de l'opium indigène en médecine serait une heureuse innovation. Ce suc, riche en morphine, mettrait à la disposition du praticien des produits actifs, dont les effets seraient au moins égaux ou supérieurs à ceux fournis par les diverses espèces d'opium de l'Egypte, de Smyrne, de Constantinople et de l'Inde.

Opium titré, par M. Aubergier. (Académie de médecine, 10 mai.)

M. Aubergier, dont on connaît les travaux, écrit à l'Académie qu'il pourra livrer de l'opium contenant toujours 10 pour 100 de morphine. — Il a trouvé en Orient des opiums qui sont dans ces conditions, et qui remplaceront, en cas d'insuffisance des récoltes, l'opium indigène.

Effets de l'opium, par M. Delasiauve.
(Gazette hebdomadaire, p. 238.)

On cite quelques exemples d'effets toxiques produits par de très-faibles doses d'opium administrées aux enfants.

Action corrective de l'opium, par M. Eisenmann.
(Bulletin général de Thérapeutique, t. LVII, p. 26.)

L'opinion de l'auteur est que tous les remèdes héroïques

gagnent en vertu curative et perdent de leur propriété toxique lorsqu'on leur associe un peu d'opium. Cet aphorisme paraît renfermer une contradiction, à laquelle M. Eisenmann répond par cette phrase : N'est-il pas possible que l'action toxique et l'action thérapeutique d'une liqueur médicamenteuse dépendent de lois différentes? A l'appui de son axiome relatif à l'action corrective de l'opium dans les médicaments composés, M. Eisenmann cite les iodures de potassium, de sodium et de fer; l'azotate de potasse; l'acétate de plomb; le carbonate de fer; le sulfate de cuivre; les préparations mercurielles; les préparations antimoniales; le bichromate de potasse; l'arsenic; le colchique; le quinquina et la quinine; le camphre; les narcotiques, et spécialement l'aconit, la belladone et la stramoine; médicaments pour l'association desquels à l'opium il s'appuie sur les résultats de sa propre observation. Mais s'agit-il là d'une propriété spéciale à l'opium? Telle n'est pas son opinion; en effet, il est d'observation que le tartre stibié renforce l'effet de la quinine, que le sublimé rend plus puissante l'action de la teinture opiacée de colchique. On voit qu'il y a là tout un champ d'études aussi intéressant qu'utile, puisque, par exemple, on pourrait arriver ainsi à diminuer considérablement les doses de quinine.

Antagonisme réciproque de l'opium et de la belladone, par M. Béhier. (Union médicale, t. III, p. 17.)

M. Béhier cite deux observations, qui se joignent aux exemples de M. Cazin et à ceux de M. Benjamin Bell (voir l'*Annuaire*, t. II, p. 423, et l'*Union médicale*, t. I, p. 312, 1859), pour démontrer que l'opium et la belladone, loin d'être, comme beaucoup de personnes le pensent encore, deux narcotiques d'un effet analogue, sont, au contraire, des antagonistes l'un de l'autre, que ce soit l'opium qui soit employé pour combattre la belladone, ou que ce soit, au contraire, cette dernière qui soit mise en œuvre pour remédier à l'empoisonnement opiacé.

Doses auxquelles on peut administrer la belladone, par M. Fuller. (Royal med. and chirurg. Society, et Union médicale, t. III, p. 257.)

Le but de l'auteur, M. Fuller, a été de prouver qu'on peut donner aux enfants des quantités de belladone comparativement plus fortes qu'aux adultes. Habitué à ordonner 5 centigrammes d'extrait de cette substance, il voulut un jour doubler la dose, chez sept enfants âgés de cinq à sept ans. Par erreur, on leur en fit prendre 2 décigrammes dans les vingt-quatre heures. Mais, à part des vomissements, de la diarrhée chez quelques-uns, et le délire caractéristique, aucun accident sérieux ne se manifesta;

et, par le seul effet de la suspension du remède, l'intoxication avait cessé dès le jour suivant, et la santé était complétement rétablie. — De ces observations, ainsi que de plusieurs faits analogues, M. Fuller tire la conséquence qu'on peut à peu près impunément porter les doses de la belladone, chez les enfants, beaucoup plus haut qu'on n'est habitué à croire prudent de le faire ; si donc elle cause déjà, à petites doses, un tel soulagement dans les affections convulsives, la chorée, la coqueluche, etc., quel bien n'opérerait-elle pas, administrée plus hardiment? — M. Fuller a, en outre, constaté expérimentalement que la belladone passe rapidement et en très-grande partie par les urines et les selles. — Tenant compte de ces derniers résultats, ainsi que de l'efficacité manifeste de la belladone contre l'incontinence d'urine et la spermatorrhée, l'auteur se demande si l'action curative du remède, en pareil cas, n'est pas due à un effet topique : d'où résulterait l'indication de l'appliquer localement sur la région malade.

Propriétés anaphrodisiaques de la belladone, par M. Heustis. (New-Orleans medical and surgical Journal, et Gazette hebdomadaire, p. 30.)

Chez un malade auquel M. Heustis fit prendre de la belladone contre une coqueluche intense, ce médicament supprima « jusqu'aux érections » pendant toute la durée de son administration, et tant que la dose était suffisante pour entretenir une légère stupéfaction. Trois doses d'un quart de grain par jour produisaient invariablement cet effet dans ce cas. Chez d'autres sujets atteints de chaude-pisse cordée, le résultat fut le même.—M. Heustis essaya alors de la même médication chez un individu sujet à de fréquentes pollutions nocturnes, et le succès fut complet, bien que la belladone n'eût produit d'ailleurs aucun effet physiologique appréciable. L'auteur pense que, dans ce cas, comme dans ceux d'incontinence d'urine nocturne chez les enfants, l'efficacité de la belladone doit être attribuée à une action sédative qu'elle exerce sur le col vésical et la portion prostatique de l'urètre.

Sur les propriétés hygiéniques et médicales de la coca, par M. Montegazza. (Archives générales de médecine, août, p. 234.)

Elle a des propriétés stimulantes sur l'estomac ; à employer comme le columbo.

Emploi médical des huiles ozonisées, par M. Thompson. (The Lancet, 9 juillet, et Gazette hebdomadaire, p. 605.)

M. Th. Thomson a reconnu la remarquable propriété de ra-

lentir le pouls, à cette huile qu'il prépare en l'exposant longtemps aux rayons directs du soleil, après l'avoir d'abord saturée d'oxygène, par le procédé de Dugald Campbell. De 14 phthisiques, qui furent soumis à l'usage de l'huile ozonisée, 2 seulement n'en retirèrent pas d'effet sensible. La réduction du pouls est, terme moyen, de vingt battements par minutes; elle se produit au bout de deux jours. Plusieurs fois elle fut en augmentant à mesure que l'ingestion de l'huile était continuée : ainsi on a noté une réduction de ving-quatre pulsations après quatorze jours d'ingestion, de trente-quatre après treize jours; de trente-six après vingt-deux, de quarante après onze.

Composition chimique et emploi médical des huiles de foie de poisson, par M. Delattre (de Dieppe). — Rapport de M. Devergie. (Académie de médecine, 3 mai.)

Il résulte des analyses chimiques faites par M. Delattre, avec le concours de M. Girardin (de Rouen), que les huiles de foie de morue, de raie et de squale renferment les mêmes éléments, mais dans des proportions différentes. Comparée à l'huile de foie de morue, l'huile de raie renferme la moitié moins d'iode, le quart en moins de soufre et un tiers en plus de phosphore ; l'huile de squale est plus riche en iode et en phosphore que l'huile de foie de morue ; elle contient un peu moins de brome et de soufre. Comparée à l'huile de raie, l'huile de squale renferme deux fois et demie plus d'iode, et seulement un cinquième en moins de phosphore; elle est donc, chimiquement parlant, plus riche en éléments inorganiques que l'huile de foie de morue et de raie, sauf, pour cette dernière, ce qui concerne la proportion du phosphore. Quant au côté médical de la question : — 1° l'action physiologique des huiles de foie de poisson est la même, quelle que soit l'espèce d'huile employée ; — 2° ces huiles peuvent être considérées comme succédanées les unes des autres ; toutes peuvent être appliquées au traitement des affections scrofuleuses, dartreuses et rhumatismales ; — 3° cependant, il est des affections qui réclament plus particulièrement l'emploi de telle ou telle huile : ainsi, l'huile de foie de morue est plus efficace dans la phthisie scrofuleuse que les huiles de raie et de squale ; l'huile de raie vaut mieux dans la diarrhée séreuse et l'engorgement mésentérique des enfants pendant la dentition, ainsi que dans le traitement des dartres et du rhumatisme chronique ; — 4° l'huile de squale paraît jouir d'une action toute spéciale dans les altérations des os. M. Delattre lui accorde même une préférence marquée sur l'huile de foie de morue dans le traitement des affections scrofuleuses.

Action médicamenteuse du colchique, par M. Gunsburg. (Zeitsch. für klinische Medicin.)

L'auteur a, depuis cinq ans, employé le colchiqne un grand nombre de fois. Il l'a essayé chez des malades âgés, qui souffraient depuis longtemps de la goutte, pendant les paroxysmes douloureux accompagnés du gonflement des articulations, à la dose de 1/60 de grain, répétée trois fois par jour. Le médicament eut une action constante ; il produisit toujours une irritation vive sur l'intestin, suivie d'une sécrétion abondante, même chez les goutteux qui souffraient déjà de constipation. Aprés l'avoir pris trois ou quatre semaines, des malades chez qui l'accès se reproduisait déjà tous les deux ou trois mois restèrent pendant un an, et même davantage, sans rien ressentir.

Emploi du fucus vesicularis dans le traitement de l'obésité, par M. Duchesne-Duparc. (Académie des sciences, 27 juin.)

D'après quelques indications qui lui avaient été fournies relativement à l'emploi de ce médicament contre le psoriasis invétéré, M. Duchesne-Duparc crut devoir en faire l'essai et reconnut que les propriétés qu'on lui attribuait étaient au moins fort exagérées. L'administration du remède, continuée pendant un temps qui semblait plus que suffisant, n'amena point le résultat attendu, mais produisit un effet sur lequel on ne comptait pas. Cet effet consistait dans un amaigrissement marqué, quelquefois trés-rapide, mais toujours exempt de malaise et sans aucun trouble des fonctions digestives. M. Duchesne pensa dès lors avoir trouvé un remède à opposer à l'obésité quand elle constitue un état maladif, et les essais qu'il en a faits ont, assure-t-il, justifié cette prévision. Il emploie toute la plante (tige et feuilles) soit en décoction, soit en poudre, sous forme pilulaire. Il donne dans son mémoire les doses auxquelles il administre le médicament, et cite à l'appui de ses propriétés thérapeutiques un certain nombre d'observations.

Recherches expérimentales et cliniques sur les caustiques potasse et chlorure de zinc, par MM. Salmon et Maunoury. (Gazette médicale, p. 591.)

Série d'articles sur le parallèle entre les caustiques à la potasse et au chlorure de zinc ; quelques-uns des résultats obtenus par MM. Salmon et Maunoury s'écartent des idées généralement admises.

Glycérine ; ses applications à la chirurgie et à la médecine, par M. Demarquay. (Gazette médicale de Paris, p. 381.)

M. Demarquay, qui un des premiers a employé la glycérine en thérapeutique, réunit dans ce nouveau travail différents articles qu'il a déjà publiés; il fait aussi connaître les applications qu'en ont faites d'autres chirurgiens. C'est une histoire complète de la glycérine, considérée comme médicament interne et externe.

Effets thérapeutiques du bromure de potassium, par M. Pfeiffer. (Journal des Connaissances médicales et pharmaceutiques, 20 août.)

Le bromure de potassium exerce une influence spéciale sur la partie musculeuse de l'appareil génito-urinaire, en même temps qu'il amène une modification caractéristique dans le travail sécrétoire de ces mêmes organes. — Il convient de le donner au début à la dose de 50 centigrammes par jour, et on peut, sans aucun inconvénient, augmenter cette dose jusqu'à 2 et 3 grammes, dans l'espace de vingt-quatre heures. On fait prendre le médicament, soit en deux doses matin et soir dans un demi-verre d'eau sucrée, soit, chez les personnes sensibles, dans un véhicule aromatique ou gommeux en doses fractionnées pendant la journée.

Action de l'extrait alcoolique du tanghinia venenifera, par M. Kœlliker et Pelikan. (Gazette médicale, p. 547.)

C'est un poison qui agit spécialement sur le cœur et sur les muscles.

Leçon sur les appareils à fracture et à compression, par M. Roux. (Paris, imprimerie Malteste ; in-8, 76 pages.)

Nous avons fait connaître dans l'*Annuaire*, t. II, p. 323, les principes sur lesquels sont construits ces appareils.

Expériences concernant l'emploi en chirurgie de l'alcool et des composés alcooliques, par MM. Batailhé et Guillet. (Académie des sciences, 16 août, 12 septembre.)

Les alcooliques favorisent la réunion immédiate (preuves théoriques, expérimentales, tirées de la pratique des gens du peuple; preuves historiques).— Les alcooliques préviennent le phlegmon diffus (preuves théoriques, expérimentales, historiques).— Les alcooliques préviennent les phlegmasies des synoviales tendineuses (mêmes preuves). — Les alcooliques préviennent l'infection purulente (preuves théoriques, historiques). — Les alcooliques

préviennent les phlébites et les angéioleucites suppurées (mêmes preuves). — Dans le pansement des plaies récentes et des plaies d'opérations, il faut abandonner les corps gras, les cataplasmes, et il faut revenir aux alcooliques ; en un mot, il faut revenir à la pratique des anciens.

Il convient de signaler encore les articles suivants :

— A propos du perchlorure de fer, lettre à M. Robert par M. Deleau. (Moniteur des hôpitaux, p. 429.)

— Emploi thérapeutique de la glonoïne ou nitro-glycérine, par M. Vulpian. (Gazette hebdomadaire, p. 273.)

— Valeur thérapeutique des vapeurs ammoniacales. (Gazette des hôpitaux, p. 586.)

— Préparations arsenicales employées à l'intérieur, par M. Lesage. (Thèses de Paris, n° 254.)

— Quinoïdine comme succédanée de la quinine, par M. Graham. (Gazette médicale de Paris, p. 206.)

— La manne des Arabes, par M. X. Landerer. (Union médicale, t. III, p. 484.)

— Propriétés médicamenteuses de l'esculine, par M. Vicaire. (Gazette médicale de Lyon, p. 168.)

— Administration du chlorate de potasse. (Bulletin général de Thérapeutique, t. LVII, p. 523.)

— Emploi topique du chlorate de potasse, par M. Cerboni. (Bulletin général de Thérapeutique, t. LVI, p. 575.)

— Action thérapeutique de la solanine et de la douce-amère, par M. Caylus. (Bulletin général de Thérapeutique, t. LVI, p. 108.)

— Emploi externe de l'acide chlorhydrique, par M. Kletzinsky. (Gazette hebdomadaire, p. 605.)

— Action thérapeutique du nitrate acide d'argent, par M. J. Crocq. (Bulletin général de Thérapeutique, t. LVI, p. 140.)

— Carapa touloucouna (senegalensis), par M. E. Caventou. (Moniteur des hôpitaux, p. 117 et 125.)

— Influence curative du changement d'air et des voyages en général, par M. Fonssagrives. (Gazette hebdomadaire, p. 36, etc.)

— Traité des frictions quiniques chez les enfants, par M. Semanas. (Paris, J.-B. Baillière ; in-8, VII-223 pages.)

— De l'emploi de l'eau froide en chirurgie, par M. Sarret. (Thèses de Montpellier, n° 56.)

— Cas grave et ancien de scrofules guéri par l'alimentation iodée, par M. Caton. (Gazette des hôpitaux, p. 311.)

— Maladies auxquelles, dans l'état actuel de la science, on peut opposer la médication électrique. (Gazette hebdomadaire, p. 34.)

— Des appareils qui servent aux applications thérapeutiques de l'électricité. (Gazette des hôpitaux, p. 73, 85.)

— Effets généraux produits par les substances introduites dans l'urètre, par M. Crawcour. (New-Orleans medical, etc.; Gazette médicale de Paris, p. 688.)

— Emploi de l'électricité comme moyen de conjurer des accidents graves produits par l'inhalation du chloroforme, par M. J. Lecoq. (Bulletin général de Thérapeutique, t. LVI, p. 129.)

— Des inhalations dans le traitement des maladies chroniques de la poitrine, par M. Champouillon. (Gazette des hôpitaux, p. 113, 121.)

— Propriétés hypnotiques du chloroforme, par M. Fonssagrives. (Bulletin général de Thérapeutique, t. LVI, p. 401.)

— Inhalations dans les maladies de poitrine, par M. Sécrétan. (Gazette des hôpitaux, p. 222.)

— Recherches sur la production et la constitution chimique du lait. (Académie des sciences, 21 février.)

— Mémoire sur la composition des mollusques, considérée dans ses rapports avec leur emploi médical, par M. E. Fournier. (Académie de médecine, 25 janvier; Archives générales de médecine, mars, p. 361.)

De l'introduction des médicaments dans le lait par assimilation digestive, par M. Labourdette. — Rapport de M. Bouley. (Académie de médecine, 19 avril.)

Historique de la question. L'important était de faire supporter. sans dommage, l'alimentation médicamenteuse aux animaux. M. Labourdette s'y prend de la manière suivante : On forme un bol composé de racines fraîches, de son, de quelques blancs d'œufs, d'un peu de cassonade et de 100 grammes de chlorure de sodium, dans lequel on incorpore de 50 centigrammes à 4 ou 5 grammes du médicament à expérimenter. — Au début on donne une petite dose, qu'on augmente graduellement, d'abord tous les huit jours, puis tous les trois ou quatre jours, enfin tous les jours, jusqu'à ce que l'on soit arrivé à une vingtaine de grammes, s'il s'agit d'iodure de potassium ; de 3 grammes. s'il s'agit de protochlorure de mercure ; de 1 gramme, s'il s'agit de bichlorure ; enfin, de 5 à 10 grammes, s'il s'agit de liqueur arsenicale de Fowler; rarement on arrive à cette dose, sans que les animaux aient éprouvé, soit quelques accidents locaux, soit même un ensemble de phénomènes inquiétants. Parmi ces symptômes, les plus fréquents comme les plus sérieux sont la diarrhée avec fétidité des excréments, l'inappétence, la teinte ictérique des sclérotiques, le gonflement des veines abdominales, etc. Il faut noter parmi ces symptômes l'état albumineux des urines, symptôme constant qui

apparaît le premier et disparaît le dernier. — Quand ces phénomènes sont d'une intensité modérée, ils ne troublent que peu la santé générale ; mais, lorsqu'ils prennent un certain développement, ils sont promptement suivis d'une soif ardente, d'un état fébrile prononcé, d'une perte absolue de l'appétit, et ils peuvent alors déterminer, dans un temps assez court, la mort de l'animal. Leur moindre conséquence fâcheuse, dans ce cas, est la suppression définitive de la sécrétion lactée. — Pour remédier à ces accidents, il faut d'abord suspendre l'administration du bol médicamenteux; puis on fait prendre à l'animal des purgations répétées, du sous-nitrate de bismuth et de l'extrait thébaïque, dans le cas de diarrhée intense. Enfin, si tous ces moyens ne suffisent pas, on administre de 10 à 12 blancs d'œufs. — Pendant le traitement, le régime de l'animal doit être exclusivement composé d'herbes et de racines fraîches ; il doit sortir tous les jours à la prairie, et l'on doit empêcher qu'il ne boive trop abondamment. — L'administration des médicaments à introduire dans le lait ne doit être recommencée qu'après la disparition complète de l'albuminurie. — M. Bouley donne son approbation aux procédés de M. Labourdette. — Quelques académiciens regrettent qu'on n'ait pas indiqué à quel état et dans quelles proportions se trouvent les médicaments dans le lait. — L'administration directe, qui permet un dosage exact, n'est-elle pas préférable?

EAUX MINÉRALES.

Pulvérisateur, par M. Salles-Girons.
(Académie de médecine, 1er février.)

M. Salles-Girons présente un appareil destiné à pulvériser les liquides médicamenteux pour les rendre respirables dans le traitement des maladies de poitrine. — Cet appareil a pour objet de réduire les liquides froids à un état de division telle qu'ils soient par le fait rendus aussi facilement respirables qu'à l'état de vapeur. — L'épreuve clinique de la poussière d'eaux sulfureuses, respirée par des malades de poitrine, ayant été plus satisfaisante durant la saison thermale, l'induction permet de penser qu'à domicile, soit avec les mêmes eaux sulfureuses, soit avec des liquides médicamenteux formulés par le médecin, cette inhalation respiratoire aura une efficacité analogue. — Avec cet appareil, tous les agents thérapeutiques, liquides ou susceptibles de dissolution, peuvent désormais être quasi-naturellement administrés par les voies respiratoires, utilisant ainsi cette surface muqueuse,

la plus vaste, la mieux placée et la mieux douée pour l'absorption et la généralisation des médicaments. — En travaillant depuis longtemps à cet appareil, qui doit permettre aux malades de continuer chez eux une médication utilement commencée dans une station d'eaux minérales, j'ai eu principalement en vue les maladies chroniques de la poitrine ; mais j'ai pensé aussi à d'autres maladies, et l'Académie de médecine jugera s'il ne serait pas possible de l'utiliser pour faire respirer les solutions de chlorate de potasse, de soude ou autres, dans le traitement du croup et des angines couenneuses, dont la discussion occupe ses séances depuis quelque temps. — Il me semble qu'une inspiration continue de ces solutions, qui empêcherait les membranes de se former en couches épaisses, vaudrait mieux que des applications par intervalle ayant pour but de les dissoudre quand elles sont formées. — Dans les cas d'hémoptysie, il peut servir à porter par la respiration la solution appropriée de perchlorure de fer snr les points lésés, comme topique hémostatiqne.

Néphogène, par M. Mathieu. (Académie de médecine, 10 mai.)

L'idée première en appartient à M. Henri Tirman. Cet appareil a pour but la production d'un brouillard d'eau simple ou chargée de substances médicamenteuses, destiné à faire pénétrer par la respiration ces substances dans les voies aériennes.— L'appareil dit *néphogène* a donc pour effet de réduire l'eau en molécules assez fines pour être rendues respirables. Le principe sur lequel repose sa construction n'a pas, que nous sachions, reçu d'application antérieure : c'est la division de l'eau par l'air comprimé.

Etude sur les eaux sulfurées sodiques, par M. Goux. (Thèses de Paris, n° 79.)

L'auteur a eu surtout en vue les thermes de Barèges, Saint-Sauveur, Ax, Eaux-Bonnes, Eaux-Chaudes, Cauterets, Luchon et la Bassère. Après avoir rapporté l'analyse chimique des eaux sulfurées sodiques, il examine l'action physiologique de ces eaux, et enfin leur influence sur l'état pathologique. — Les eaux sulfuro-sodiques possèdent, à un très-haut degré, les propriétés adjuvantes et reconstituantes qui sont communes à toutes les eaux. —Elles sont excitantes par leur thermalité et par leurs éléments minéralisateurs. — Elles ont une tendance élective sur les organes de la respiration et sur la peau. — Elles se recommandent comme un adjuvant puissant dans les cachexies, et, en première ligne, dans la cachexie syphilitique. — La chirurgie peut en retirer les plus grands services, pour la guérison des ulcères et des fistules.

Eaux thermales d'Hamman-Melouan. — Rapport de M. Chevallier.
(Académie de médecine, 8 février.)

A 10 kilomètres de Rovigo (département d'Alger), il existe des sources d'eaux minérales dont les propriétés thérapeutiques sont généralement reconnues. Mais, malheureusement, la localité où elles sont situées est insalubre.

Inhalations et bains d'acide carbonique à Vichy, par M. Willemin.
(Revue d'hydrologie médicale.)

M. Willemin, profitant des avantages que présentait comme étude naturelle une sorte de caveau situé près de l'une des sources les plus importantes de Vichy, le *Puits Carré*, a su utiliser cet espace souterrain pour y disposer un réservoir du gaz acide carbonique sensiblement pur qui s'échappe en abondance de la source voisine. La galerie, fermée à 5 ou 6 mètres de la source, a été facilement convertie en une salle de bain gazeux : des tuyaux de caoutchouc, munis de robinets près de leur extrémité, et ajustés au réservoir, sont destinés à l'inhalation ou au douchage des malades. C'est le 25 juin qu'a été inaugurée cette petite salle à inhalation, et, depuis cette époque, un assez grand nombre de malades en ont éprouvé les effets salutaires dans plusieurs affections rebelles, telles que l'angine chronique, l'asthme avec emphysème pulmonaire, la goutte, l'aménorrhée. C'est surtout contre les inflammations chroniques avec atonie de la muqueuse du pharynx et du larynx, et dans les névroses des organes respiratoires, que les inhalations de gaz acide carbonique ont paru le plus efficaces ; elles doivent être évitées chez les phthisiques.

Eaux potables de Vichy, par M. Devergie.
(Académie de médecine, 8 novembre, 18 octobre.)

Une des premières nécessités de la vie, l'eau potable, dit l'auteur, manque complétement à Vichy, et l'on sera surpris lorsqu'on saura qu'il n'y existe pas d'autre eau à boire que de l'eau de puits chargée de sels calcaires, eau crue incapable de dissoudre le savon, et dans laquelle cuisent fort mal les légumes secs. —M. Devergie expose ensuite les résultats des essais qu'il a faits sur une collection d'échantillons des diverses eaux de Vichy qu'il a recueillis. Il résulte de ces essais comparatifs avec les eaux de la Seine, celles de l'Ourcq et d'Arcueil, que toutes les eaux de Vichy, quelle que soit leur provenance, à part celle des deux rivières dont il a été parlé, sont des eaux non potables et très-différentes des eaux de Paris. — Cet état de choses, ajoute M. Devergie, est commun à bien d'autres pays; il n'a même aucun

inconvénient pour les habitants de Vichy. Mais il n'en est plus de même de la population flottante. Les malades qui vont à Vichy ont tous un estomac et des intestins qui fonctionnent mal, et si l'influence de l'eau crue n'était préalablement modifiée par la grande quantité d'eau minérale dont les baigneurs font usage avant chaque repas, cette eau les rendrait à coup sûr plus malades encore. Mais que l'on suppose une indisposition, une maladie, une épidémie qui nécessite la suppression de l'eau minérale, et voilà un malade réduit à boire de l'eau crue ! — Cette communication a provoqué, dans les séances suivantes, des assertions différentes.

Nous nous contenterons de donner l'indication bibliographique des publications suivantes :

— Les eaux minérales de la France, guide du médecin praticien et du malade, par M. F. Roubaud. (Paris, Librairie Nouvelle; in-18 jésus, VIII-364 pages.)

—Des principales eaux minérales de l'Europe, par M. Rotureau. (Paris, V. Masson ; in-8, 947 pages.)

— Dictionnaire général des eaux minérales et d'hydrologie médicale, par MM. Durand-Fardel, Lebret, Lefort. (1re livraison ; Paris, J.-B. Baillière; in-8, 192 pages.)

— Etudes sur les eaux minérales de l'Algérie, par M. Bertheraud. (In-8, 183 pages ; Paris, Challamel.)

— Observations de maladies des articulations, suite de goutte, de rhumatismes ou de violences extérieures, traitées par les boues thermo-minérales sulfureuses de Saint-Amand (Nord), par M. Charpentier. (Paris, in-8, 36 pages, imprimerie Bonaventure.)

— Les eaux d'Ems, par M. Becquerel. (Paris, Germer Baillière; in-8, 45 pages.)

— Des eaux minérales de Contrexeville et de leur valeur thérapeutique, par M. Treuille. (2e édition, in-8, 64 pages ; Paris, imprimerie Bonaventure.)

— Eaux-mères de Salins, par M. Léger. (Gazette des hôpitaux, p. 207.)

— Eau de Carrare. (Gazette des hôpitaux, p. 396.)

— Essai sur les applications thérapeutiques des eaux minérales des Vosges, par M. Picton. (Thèses de Paris, n° 154.)

— Les eaux d'Alet (Aude), par M. S. Moreau. (Gazette des hôpitaux, p. 311.)

— De l'emploi thérapeutique des eaux d'Alet, par M. E. Fournier. (Paris, imprimerie Guérin ; in-18, 90 pages.)

— Eaux minérales de Condillac, par M. Vincent Duval. (Moniteur des hôpitaux, p. 435.)

— Eaux minérales de Condillac (Drôme), par M. Tampier. (Paris, imprimerie Tinterlin ; in-8, 15 pages.)

— Les eaux de Condillac, par M. A. Foucart. (Gazette des hôpitaux, p. 535.)

— Etudes sur les eaux minérales de Sierck, par M. Grellois. (Paris, V. Masson ; in-12, 106 pages.)

— Eaux minérales de Saint-Alban, par M. J. Lefort. (Académie de médecine, 15 mars.)

— Source d'Argut. — Eau de Villeminfroid. — Sources de la montagne. — Source de Val. (Académie de médecine, 1er mars.)

— Infection des eaux de sources par les produits des usines, par M. Réveil. (Académie de médecine, 14 juin.)

— Proportions, dans les eaux naturelles ou minérales, des acides carbonique ou sulfhydrique, libres ou combinés aux bases, par M. Gaultier de Claubry. (Académie de médecine, 14 juin.)

— Sources minérales de Coudes (Puy-de-Dôme). — Source minérale d'Oriol (Isère). (Académie de médecine, 17 mai.)

— Les maladies de l'appareil respiratoire devant les eaux du Mont-Dore, par M. Mascarel. (Paris, Germer Baillière; in-8, 48 pages.)

— Etudes médicales sur le Mont-Dore ; traitement de l'asthme, par M. J. Richelot. (Union médicale, t. II, p. 267.)

— Aperçu sur les eaux sulfureuses, et en particulier sur celles de Saint-Sauveur, par M. Fabas. (Tarbes, imprimerie Lavigne ; in-8, 97 pages.)

— Une première année passée à Saint-Nectaire, par M. Basset. (Paris, imprimerie Remquet ; in-8, 64 pages.)

— Eaux thermales sulfureuses de Saint-Honoré-les-Bains (Nièvre), par M. Allard. (Strasbourg, Silbermann ; in-8, 19 pages.)

— De l'usage interne de quelques eaux minérales naturelles pendant les bains de mer, par M. Levroux. (Paris, Labé, in-12, 57 pages.)

— Lettres médicales sur Vichy, par M. Durand-Fardel. (Paris, Germer Baillière, 2e édition; in-18, 270 pages.)

— Eaux minérales de Bondonneaux, par M. Penet. (Gazette médicale de Lyon, p. 198.)

— Eaux minérales de Chateldon (Puy-de-Dôme), par M. Grange. (Gazette des hôpitaux, p. 335.)

— Utilité de certaines sources ferrugineuses dans la disposition à la tuberculose et au début de la phthisie, par M. Kœrner. (Gazette médicale, p. 47.)

— Recherches sur les affections scrofuleuses et les indications thérapeutiques des eaux minérales salines, par M. G. Sée. (Union médicale, p. 4.)

— Du traitement des scrofules par les eaux sulfureuses, par M. Allard. (Paris, imprimerie Martinet ; in-8, 15 pages.)

— De l'état actuel de nos connaissances sur l'emploi des eau

minérales dans le traitement de la scrofule, par M. Henri fils. (Archives générales, juin, p. 711.)

— Etudes sur les eaux sulfureuses des Eaux-Bonnes et sur leur action thérapeutique dans quelques maladies de poitrine, par M. Charbonnel. (Thèses de Paris, n° 187.)

— Des eaux thermo-minérales chlorurées, sodiques et bromo-iodurées de Bourbonne-les-Bains, par M. E. Renard. (Thèses de Paris, n° 112.)

— Des bains de vapeurs térébenthinées, combinés ou non avec l'hydrothérapie, dans le traitement des névralgies et des affections rhumatismales, goutteuses et catarrhales chroniques, par M. Macario. (Archives générales de médecine, avril, p. 385.)

— Du détournement des sources minérales, par M. J. Burat. (Gazette des hôpitaux, p. 37.)

— Equivalents pharmaco-dynamiques pour les parties constitutives principales des eaux minérales, par M. Phœbus. (Union médicale, t. IV, p. 75.)

Ont paru sur l'*hydrothérapie* les articles suivants :

— Recherches historiques et critiques sur l'emploi de l'eau en médecine et en chirurgie, par M. A. Delmas-Marsalet. (Thèses de Paris, n° 113.)

— Des qualités de l'eau en hydrothérapie, et en particulier de sa température, par E. Duval. — (L'hydrothérapie.)

— De l'innocuité de l'hydrothérapie rationnelle, par M. L. Fleury. (Journal du Progrès, p. 281.)

— Les bains de pieds aux bains de mer, par M. S. Feldmann. (Progrès, p. 16.)

— Conférences cliniques de M. Becquerel, leçons sur l'hydrothérapie, recueillies par M. Violette. (Progrès, p. 253.)

— Quel parti faut-il prendre relativement à l'application de l'hydrothérapie aux malades du sexe féminin, par M. L. Fleury. (Progrès, p. 141.)

— Bon effet de l'hydrothérapie. (Gazette médicale de Lyon, p. 543.)

— Bains de pluie administrés à l'aide de l'hydrofère, par M. Tampier. (Bulletin de la Société d'hydrologie, p. 360.)

— Règles à suivre au début du traitement hydrothérapique. (Gazette des hôpitaux, p. 333-337.)

— L'hydrothérapie rationnelle à la Faculté de médecine de Paris, par A. Tartivel. (Journal du Progrès, p. 29.)

HYGIÈNE.

Mortalité relative des âges, par M. Marc d'Espine. (Académie des sciences, 23 mai.)

La mortalité de l'homme est plus forte de 20 à 25 ans que de 25 à 30 ans en France ; l'inverse a lieu pour la femme. M. Bertillon, dans sa savante étude sur la vaccine, signale ce contraste et l'explique par la conscription, qui soumet à l'accroissement de mortalité de la vie de garnison une forte part des hommes de 20 à 25 ans. — Sans contester la part d'influence de cette cause, je montre, en étudiant la même question pour d'autres pays, que, si les choses se passent en Belgique, en Hollande, en Prusse et dans le canton de Genève comme en France, l'homme meurt, comme la femme, plus de 25 à 30 ans que de 20 à 25 en Angleterre et en Suède ; il est vrai que ces derniers pays n'ont pas la conscription et enrôlent leurs soldats ; mais le canton de Genève, qui n'a pas d'armée permanente, et perd cependant, comme la France, plus d'hommes de 20 à 25 ans que dans le lustre suivant, établit l'insuffisance de l'explication proposée. — Je cherche l'explication des mortalités relatives aux divers âges de la vie dans les tables que j'ai dressées, en classant selon les diverses causes de mort les décès de treize années du canton de Genève. — Je trouve, par ce moyen, la loi de fréquence relative des décès, de 20 à 25 ans et de 25 à 30 ans, de chaque sexe, pour chaque cause de mort. Toutes les causes donnent des résultats parallèles pour les deux sexes, sauf deux causes importantes, qui suffisent, par leur influence combinée, à expliquer la question pendante : *les accidents extérieurs* et *les suites de couches*. — Les morts violentes sont cinq fois plus fréquentes chez l'homme que chez la femme entre 20 et 30 ans, et, quoiqu'elles soient, dans les deux sexes, plus fréquentes de 20 à 25 ans que de 25 à 30 ans, dans les pays où les morts violentes sont très-nombreuses, la mortalité masculine de 20 à 25 ans sera plus marquée.— D'autre part, les suites de couches étant l'apanage exclusif du sexe féminin, et portant principalement sur l'âge de 25 à 30 ans, plus les décès de cet ordre seront nombreux dans un pays, plus la mortalité des femmes de 25 à 30 ans tendra à prédominer sur l'âge précédent. — C'est dans la fréquence relative de ces deux causes que se trouvera l'explication, pour chaque pays, de la mortalité des deux sexes dans les deux lustres étudiés.

Influence des mariages consanguins sur les générations, par M. A. Bourgeois. (Thèses de Paris, nº 91.)

Après avoir passé en revue les différentes opinions sur ce sujet,

M. Bourgeois arrive aux conclusions que voici : — 1° La religion, la morale et les lois s'opposent avec juste raison aux mariages consanguins, pour des motifs qui ne doivent être ni contredits, ni discutés. — 2° Les unions consanguines n'entraînent pas avec elles les calamités qu'on leur a attribuées. — 3° Ce qui a pu induire en erreur, c'est que beaucoup de familles chez lesquelles la consanguinité se rencontre, avec de bonnes conditions hygiéniques du reste, comprennent cependant des membres affectés de maladies héréditaires qu'ils transmettent à leurs descendants, au lieu de les amoindrir en les distribuant dans des familles étrangères. — 4° Les expériences sur les animaux ont produit des effets tout opposés aux prévisions théoriques des auteurs ; la consanguinité est même le moyen employé par les gens compétents pour créer et conserver les plus belles races. — 5° Une observation consciencieuse fait voir que, chez l'homme, la consanguinité mène aux mêmes résultats, quand des vices héréditaires n'existent pas préalablement chez les auteurs. — 6° Dans les cas peu nombreux et toujours isolés où j'ai rencontré des affections constitutionnelles, il m'a toujours semblé trouver leur cause autre part que dans la consanguinité.

Albinisme résultant du mariage entre consanguins, par M. Brière. (Echo médical suisse, août.)

Deux frères ont épousé les deux sœurs, leurs cousines germaines : l'un des deux frères a eu cinq enfants, l'autre deux ; ces sept enfants sont tous albinos au plus haut degré ; décoloration complète de la peau ; chairs molles ; cheveux blancs argentés, fins ; paupières agitées d'un incessant clignotement ; iris roses, soumis à des oscillations rapides et continues de dilatation et de resserrement ; pupille rose foncé, presque rouge. Ces enfants, dont l'aîné a une vingtaine d'années, ont, comme on le voit, les caractères les plus saillants de l'albinisme. — Le père des cinq enfants a perdu sa femme et en a épousé une autre, avec laquelle n'existait aucune parenté ; il en a eu quatre enfants tous bien portants et n'offrant aucune trace d'albinisme.

Considérations générales sur les âges, par M. Estève. (Thèses de Paris, n° 69.)

L'auteur fait remarquer que la distinction des âges doit être fondée sur les différents phénomènes que présente l'organisme plutôt que sur la succession du temps. Après avoir étudié les modifications anatomiques et physiologiques qui coïncident avec les périodes successives de la vie, il examine l'influence de ces modifications sur l'évolution des faits pathologiques. Il termine

par une exposition succincte des règles hygiéniques qui conviennent aux différents âges.

Essai sur le mal de mer, par M. Guillabert.
(Thèses de Paris, n° 198.)

Chirurgien de la marine et sujet lui-même au mal de mer, M. Guillabert a fait une étude spéciale de cette maladie. Après en avoir tracé la description, il en recherche les causes ; il examine ensuite son influence sur certaines maladies, et termine par le traitement. Conclusions : — 1° Le mal de mer mérite le nom d'intoxication pélagienne. — 2° La cause existe dans la mer et dans l'atmosphère marine : elle est constituée par un miasme particulier, qui prend sa source dans les détritus des végétaux et des animaux qui peuplent l'Océan. Le balancement du navire, l'agitation de la mer, etc..., ne sont que des causes occasionnelles. — 3° Son influence se fait sentir aussi bien sur le littoral qu'au large. — 4° Les phénomènes qui le constituent sont : les vertiges, les vomissements et la prostration. Il y a trois formes : une légère, caractérisée par les vertiges seuls ; une moyenne, caractérisée par la présence des trois phénomènes ; et une forme grave, dans laquelle prédominent les vertiges et une prostration nerveuse considérable. — 5° A la longue, il détermine de graves désordres dans l'économie, et peut même entraîner la mort. — 6° Il produit quelquefois de bons résultats sur les maladies à forme bilieuse, quand la traversée est courte ; mais il aggrave les maladies des voies respiratoires et du système nerveux. — 7° Les tempéraments nerveux et nervoso-bilieux sont ceux qui présentent le plus de susceptibilité à l'influence marine ; le tempérament lymphatique est, au contraire, avantageusement modifié, et acquiert facilement une prompte immunité. — 8° Le traitement curatif le plus rationnel et qui a donné les meilleurs résultats est le traitement par le sulfate de quinine tartarisé. Quant au traitement prophylactique, on peut le résumer dans ces trois propositions : sobriété de toutes sortes avant l'embarquement, usage d'une large ceinture sur le ventre, ingestion d'aliments légers, tels que du bouillon.

Sur les maladies des tailleurs de cristal et de verre, par M. Putégnat. — Rapport de M. Londe. (Académie de médecine, 11 octobre.)

Ce travail renferme la description d'une gengivite particulière à ces tailleurs, et des recherches sur les causes de la fréquence relative de la phthisie pulmonaire parmi ces ouvriers, et sur les moyens de les détruire.

Nocuité des usines à gaz, par M. Letheby. (The Lancet, et Gazette médicale de Lyon, p. 246.)

Des ouvriers se trouvaient incommodés par les produits qui s'échappaient d'une usine à gaz ; l'analyse chimique a démontré la présence d'ammoniaque, d'acide sulfhydrique et de sulfocyanures ; l'auteur en conclut que ces produits sont insalubres.

Influence qu'exercent les chemins de fer sur la santé publique, par M. P. de Pietra-Santa. (Annales d'hygiène publique et de médecine légale, juillet, p. 5.)

La question de l'influence des chemins de fer sur la santé des voyageurs ne peut pas fournir pour le moment des résultats certains ; elle n'a pas été l'objet jusqu'ici d'études sérieuses entreprises avec un plan déterminé, et elle ne nous paraît pas susceptible d'une solution pratique. — Les dangers pour les voyageurs résultant de ce nouveau genre de locomotion sont beaucoup moins nombreux que par les anciens modes de transport. — Quoique la proportion en moins de ces accidents soit déjà très-notable, elle tend à diminuer sans cesse en France et à l'étranger, par suite des améliorations introduites chaque jour dans l'exploitation. — Les accidents constatés sur les chemins de fer français ont donné lieu à un nombre plus élevé de victimes qu'en Prusse et en Belgique. — L'influence des chemins de fer sur la santé des employés a été généralement bonne, grâce à l'excellente direction des médecins des Compagnies, et au concours empressé qu'ils ont trouvé dans les administrateurs qui les dirigent. — De sages mesures ont été prises partout, pour leur garantir une parfaite santé dans le présent, et de bonnes conditions d'existence dans l'avenir. — Les employés des bureaux et les ouvriers sédentaires ont présenté les diverses affections que l'on observe dans les conditions ordinaires de la vie. — Parmi les ouvriers des ateliers, on a constaté certaines maladies afférentes à leur profession : quelques coliques métalliques chez les bronzeurs, les tourneurs ; quelques lésions du système nerveux chez les peintres. — Pour ce qui concerne les mécaniciens et les chauffeurs, le fait principal, c'est l'heureuse influence de la vie active des chemins de fer sur leur santé. — Dès qu'ils arrivent sur leur machine, ces hommes acquièrent un embonpoint remarquable, et jouissent d'une santé qui ne laisse rien à désirer. — Les maladies prétendues spéciales à ces ouvriers sont ouvertement contestées.

Note sur l'influence exercée par les chemins de fer sur la santé des employés, par M. Oulmont. (Paris, imprimerie Raçon; in-18, 23 pages.)

M. Oulmont fait remarquer que parmi les employés des chemins de fer, il n'y a que : 1° les chauffeurs et mécaniciens; 2° les chefs de train et les garde-freins; 3° les garde-lignes et les garde-barrières, qui soient exposés à des affections inhérentes à leurs travaux, attendu que les autres remplissent des fonctions analogues à celles qu'ils exerçaient avant la création des lignes. M. Oulmont n'a pas rencontré les accidents décrits par MM. Duchesne et de Martinet ; il n'y a rien de particulier dans les maladies notées comme étant les plus fréquentes. Il faut cependant reconnaître que les affections cérébro-spinales figurent pour un chiffre assez élevé chez les garde-freins : l'insolation, les courants d'air, et peut-être les abus alcooliques, sont les causes de la fréquence relative de ces maladies. Les employés de bureaux de poste ambulants n'ont présenté que quelques troubles digestifs, qui s'expliquent très-bien par un service pénible.

Influence que peuvent avoir sur la santé publique les agglomérés de houille préparés au moyen du goudron minéral, par M. H. Lespiau. (Annales d'hygiène et de médecine légale, octobre, p. 288.)

M. Lespiau pense que les agglomérés de houille, tels qu'on les prépare actuellement, c'est-à-dire au moyen du goudron minéral, peuvent avoir de sérieux inconvénients pour la santé publique. Il croit que l'agglomération de houille par le goudron, résultant de la fabrication du gaz de l'éclairage, est nuisible à la santé, et doit, par conséquent, être rangée dans la catégorie des arts insalubres ; que l'emploi des agglomérés au goudron, sans être aussi dangereux que leur fabrication, est également nuisible à la santé, ce qui, tout naturellement, fait rentrer ces agglomérés dans la catégorie des produits insalubres. M. Lespiau recommande de les remplacer par des agglomérés fabriqués au moyen de la résine. — M. Guérard fait remarquer que le charbon artificiel, dit *charbon de Paris*, ne peut avoir aucun des inconvénients signalés par M. Lespiau, attendu que la calcination à laquelle il est soumis en vase clos détruit complétement toutes les substances nuisibles du goudron.

Mémoire sur la ventilation, par M. Petit (de Maurienne). — Rapport de M. Londe. (Académie de médecine, 1er février.)

D'après le rapporteur, ce mémoire contient des idées sur la nouveauté desquelles l'auteur se fait illusion.

Désinfection et pansement des plaies, par MM. Demeaux et Corne. (Académie des sciences, 18 juillet.)

Cette poudre est composée ainsi qu'il suit : plâtre en poudre du commerce, réduit en poudre très-fine, 100 ; coaltar, 1 à 3. Les auteurs rapportent des observations prouvant les bons effets des pansements avec ce mélange. — Cette communication a donné lieu aux publications suivantes, que nous nous contenterons d'énoncer, parce que le résultat est loin d'avoir répondu à l'attente générale :

— Neutralisation des saveurs et des odeurs ; neutralité chimique en général, par M. Chevreul. (Académie des sciences, 25 juillet.)

— Mélange désinfectant du plâtre et du goudron de houille, par M. Paullet. (Académie des sciences, 1er août.)

— Sur l'usage du goudron en thérapeutique et sur la manière d'agir des désinfectants, par M. Chevreul. (Académie des sciences, 1er août.)

— Désinfectants, par M. Renault. (Académie des sciences, 1er août.)

— Emploi de l'iode comme désinfectant et antiseptique. (Académie des sciences, 8 août.)

— Application du coke de boghead en poudre à la conservation et à la désinfection des matières animales et végétales, par M. Moride. (Académie des sciences, 8 août.)

— Emploi de l'iode comme désinfectant et comme antiseptique, par M. Marchal (de Calvi). (Académie des sciences, 8 août.)

— Emploi du coaltar en médecine, par M. J.-C. Calvert. (Académie des sciences, 16 août.)

— Application au traitement des plaies du mélange désinfectant de MM. Corne et Demeaux. (Académie des sciences, 8 août.)

— Emploi du perchlorure de fer dans le traitement des plaies dites purulentes, par M. A. Terrail. (Académie des sciences, 16 août.)

— Désinfectants. (Académie des sciences, 22 août.)

— Mélanges désinfectants, par M. Burdel. (Académie des sciences, 22 août.)

— Mélanges désinfectants. (Académie des sciences, 29 août.)

— Poudre désinfectante, par M. Bonnafont. (Académie des sciences, 5 septembre.)

— Action désinfectante de la solution de perchlorure de fer, par M. Deleau. (Académie des sciences, 12 septembre.)

— Poudre Corne et Demeaux au point de vue de l'hygiène publique, par M. Burdel. (Académie des sciences, 19 septembre.)

— Mélange désinfectant de plâtre et de coaltar, improprement

nommé poudre de Corne et Demeaux, par M. Bonnafont. (Académie des sciences, 19 septembre.)

— La désinfection appliquée à la voirie de la ville de Béziers ; substitution de la terre au plâtre dans le mélange désinfectant, par M. Cabaret. (Académie des sciences, 26 septembre.)

— Mélanges désinfectants, par M. Siret. (Académie des sciences, 28 novembre.)

— Propriétés désinfectantes d'un mélange de plâtre et de coaltar. (Académie de médecine, 2 août, 9 août, 30 août, 13 septembre.)

— Désinfection, par M. Bonnafont. (Moniteur des hôpitaux, p. 58.)

— Emploi du mélange désinfectant de coaltar et de plâtre dans quelques affections médicales, par M. E. Isambert. (L'hydrothérapie ; Moniteur des hôpitaux, p. 390.)

— Destruction absolue de l'odeur de gangrène au moyen du chlorate de potasse, par M. Billiard. (Académie des sciences, 3 octobre.)

— Désinfection, par M. Demeaux. (Moniteur des hôpitaux, p. 730.)

— Emploi de la charpie carbonifère dans la désinfection, par M. P. Villaux. (Moniteur des hôpitaux, p. 735.)

— Des désinfectants utilisés en médecine au double point de vue de l'hygiène et de la thérapeutique, par M. Ossian Henry fils. (Archives générales de médecine, octobre, p. 469.)

— Désinfectants usités en médecine, par M. Ossian Henry fils. (Gazette hebdomadaire, p. 681, 715.)

— Mode d'action de nouvelles poudres dites désinfectantes, par M. Chalvet. (Gazette des hôpitaux, p. 426, 438.)

On doit encore citer sur l'*hygiène* :

— Excès de mortalité dû à la profession militaire ; nature et cause de la phthisie endémique de l'armée ; moyen de diminuer la mortalité des armées en temps de paix et en temps de guerre, par M. Tholozan. (Gazette médicale, p. 346.)

— Défaillances qui surviennent parmi les troupes en marche pendant les grandes chaleurs. (Gazette médicale, p. 609.)

— Le camp de Châlons, en 1858, au point de vue hygiénique et médical, par M. Morin. (Paris, J. Masson ; in-8, VII-136 pages.)

— Traité pratique de l'hygiène et des maladies de l'enfance, par M. Le Barillier. (Paris, V. Masson ; in-12, X-276 pages.)

— De l'hygiène du nouveau-né, par M. Guiet. (Le Mans, imprimerie Dehallais ; in-12, 256 pages.)

— Histoire statistique, médicale et administrative de la pro-

stitution dans la ville de Clermont-Ferrant, par M. Pradier. (Clermont, Hubler; in-8, IX-157 pages.)

— Note sur l'influence que le sel peut exercer sur la santé des personnes qui se trouvent en nombre considérable sur les navires chargés de cette substance, dans les voyages de long cours, par M. Ange Abbene. (Annales d'hygiène publique, p. 74.)

— Mouvement et repos; influence qu'exerce la vie sédentaire sur la santé, par M. Alph. Bauchet. (Thèses de Paris, n° 244.)

— Rejet d'institution d'établissements sanitaires maritimes pour l'armée, par M. Durand-Fardel. (Paris, Germer Baillière; in-8, 16 pages.)

— Influence des manufactures de laine sur la santé. (Bulletin de Thérapeutique, t. LVII, p. 554.)

— L'addition d'une faible partie de farine de fèves à la farine de froment est-elle nuisible? par M. Delorme. (Union médicale, p. 210.)

— Maladie des typographes, par M. Van Holsbeeck. (Gazette médicale de Lyon, p. 473.)

— Maladies des mineurs de Grünberg (Silésie), par M. Schirmer. (Annales d'hygiène publique et de médecine légale, p. 210.)

— Sur l'insalubrité des résidus provenant des distilleries, et sur les moyens proposés pour y remédier, par M. Wurtz. (Annales d'hygiène publique, p. 5.)

— Note sur le nouvel appareil de ventilation et de chauffage établi à l'hôpital Necker, d'après le système du docteur Van Hecke, par M. Vernois. (Annales d'hygiène publique, p. 30.)

— Ventilation des hôpitaux. (Annales d'hygiène et de médecine légale, juillet, p. 258.)

— Chauffage et ventilation des hôpitaux, par M. Berthé. (Moniteur des hôpitaux, p. 139.)

— Note sur la ventilation des théâtres, par M. A. Tripier. (Annales d'hygiène publique et de médecine légale, juillet, p. 107.)

— De l'insalubrité des volailles nourries de viande en état de putréfaction, par M. E. Duchesne. (Annales d'hygiène publique, p. 63.)

— Sur la construction et l'assainissement des latrines et fosses d'aisance, par M. C. Grassi. (Annales d'hygiène publique et de médecine légale, p. 241.)

— Assainissement des logements insalubres, par M. Ph. Passot. (Gazette médicale de Lyon, p. 577.)

— Consultation sur l'assainissement d'une petite ville, par M. A. Chevallier. (Annales d'hygiène publique et de médecine légale, p. 336.)

— Des quarantaines, par M. Nansot. (Thèses de Paris, n° 161.)

— Mémoire sur les eaux de Paris. (Annales d'hygiène publique et de médecine légale, juillet, p. 161 ; octobre, p. 416.)

— Considérations sur l'hygiène de la première enfance, par M. Llorach. (Thèses de Paris, n° 36.)

TOXICOLOGIE ET MÉDECINE LÉGALE.

Attentat à la pudeur pratiqué sur une jeune fille pendant un sommeil cataleptique, par M. J. Schuhmacher. (OEsterr. Zeitschrift für pract. Heilkunde, nos 5, 9.)

Hystérique cataleptique ; un homme commet un attentat à la pudeur sur cette malade, pendant qu'elle était dans un sommeil extatique naturel : le coït n'a pas été accompli. La malade, qui n'eut aucune conscience de cet acte, une fois éveillée de son sommeil magnétique, ne se souvenait de rien, mais savait de nouveau tout ce qui s'était passé dès qu'elle était remise dans un état de somnambulisme artificiel. — Voir un fait analogue qui s'est passé à Marseille. (Voir l'*Annuaire*, t. II, p. 453.)

La bastonnade au point de vue médico-légal.
(Allgem. med. central Zts., nos 1, 3, et Echo médical suisse, p. 473.)

L'auteur anonyme de cet article repousse ce genre de punition pour trois raisons : 1° parce qu'elle est en tout état de cause préjudiciable à l'intégrité du corps humain, produisant, avec la douleur qu'elle doit causer, les autres symptômes de l'inflammation et parfois leurs suites ; en d'autres termes, la punition corporelle est une lésion corporelle, la médecine ne pouvant ici s'accorder avec le droit, qui ne reconnaît pas de lésion quand il s'agit d'une punition légale ; 2° en accordant même que cette peine n'amène pas nécessairement une lésion, on ne serait pas en état, dans un cas spécial, d'éviter de dépasser une certaine limite à partir de laquelle la bastonnade devient fâcheuse pour la santé ; 3° au point de vue psychique, elle n'est pas excusable, puisqu'elle ne peut s'appliquer que sous l'empire de la passion ou sous celui de la nécessité; et si c'est sous ce point de vue que le juge la prononce, il prouve par là, soit qu'il y a parmi les ressortissants à l'Etat des individus qui sont sur la même échelle intellectuelle que les animaux sans raison, ou qu'on ne peut trouver d'employés qui aient les qualités et la force suffisantes pour remplir leur tâche auprès des malfaiteurs sans em-

ployer cette punition. L'auteur parle de la bastonnade et de toutes les autres peines analogues, depuis le soufflet jusqu'au knout.

Caractères distinctifs des taches de sang produites sur un instrument couvert de rouille, par M. O. Lesueur et Ch. Robin. (Annales d'hygiène et de médecine légale, juillet, p. 450.)

Lorsqu'il s'agit de distinguer une tache de sang d'une tache de rouille, il peut arriver ou que la tache soit extrêmement petite, ou que l'une et l'autre substance soient superposées. Dans les deux cas, les réactions chimiques deviennent impuissantes. C'est dans un cas de ce genre que MM. Robin et Lesueur parvinrent à reconnaître une très-petite quantité de sang formant à peine un vernis sur un instrument couvert de rouille. Ils râclèrent, en s'aidant du scalpel et de la loupe, une petite portion de la tache et la firent tomber dans une goutte d'une solution de sulfate de soude, rendue légèrement alcaline par addition d'un peu de soude caustique ; puis ils examinèrent au microscope, avec un grossissement de 520 diamètres réels. Au premier abord, la substance parut entièrement homogène ; mais, au bout d'une demi-heure, elle s'était notablement gonflée, et, au bout d'une autre demi-heure, elle a paru formée de globules que l'on a pu séparer les uns des autres en faisant jouer l'une sur l'autre les lames de verre. Ces globules furent reconnus pour des globules de sang de mammifère et par suite pouvant provenir de sang humain.

Ont encore été publiés sur la *médecine légale* les articles suivants :

— Cristaux du sang ; application à la médecine légale, par M. Bryk. (Extrait de Wiener medizinische Wochenschrift, 1858, n°s 42, 43 et 45 ; Gazette hebdomadaire, p. 173.)

— Intervention des médecins comme parties civiles dans la poursuite des délits d'exercice illégal de la médecine, par M. de Castelnau. (Moniteur des hôpitaux, p. 417, 433, 481, 577.)

— Intervention médicale dans les affaires médico-légales prouvées, par M. Millet. (Moniteur des hôpitaux, p. 592.)

— Examen critique de l'article 909 du Code civil, relatif à l'incapacité des médecins, chirurgiens et pharmaciens, de recevoir les libéralités à eux faites par leurs malades, par M. Ern. Moulin. (Moniteur des hôpitaux, p. 41.)

— Signe important dans l'histoire médico-légale de l'attentat à la pudeur, par M. Legrand du Saulle. (Gazette des hôpitaux, p. 35.)

— Différences des brûlures produites pendant la vie ou après

la mort, par M. H. Chambert. (Annales d'hygiène publique et de médecine légale, p. 342.)

— Observations et expériences sur les effets d'un coup de canon chargé à poudre, pour servir à l'histoire médico-légale des blessures par armes à feu, par M. A. Tardieu. (Annales d'hygiène publique et de médecine légale, p. 420.)

— Examen d'une bourre de fusil en papier, extraite du cadavre d'un homme tué à bout portant par un coup de feu, par M. L. Lassaigne. (Annales d'hygiène et de médecine légale, p. 432.)

— Des plaies pénétrantes de la poitrine, au point de vue clinique et médico-légal, par M. A. Toulmouche. (Annales d'hygiène publique et de médecine légale, p. 436.)

— Étude médico-légale sur la strangulation, par M. Ambroise Tardieu. (Annales d'hygiène publique et de médecine légale, p. 107.)

— Recherches médico-légales sur le suicide, par M. A. Brierre de Boismont. (Annales d'hygiène publique et de médecine légale, juillet, p. 126.)

— Des lésions du crâne et de l'organe qu'il renferme, étudiées au point de vue médico-légal, par M. A. Toulmouche. (Annales d'hygiène publique et de médecine légale, p. 395.)

— Observation médico-légale sur un cas de gangrène des parties génitales, par M. H. Wilde. (Annales d'hygiène et de médecine légale, octobre, p. 347.)

— Peut-on préciser exactement l'âge d'un fœtus par l'examen seul des germes dentaires? par M. Ad. Lizé. (Union médicale, p. 154.)

Essai clinique sur l'alcoolisme, par M. Thomeuf.
(Thèses de Paris, n° 74.)

Après quelques considérations générales sur l'alcoolisme, M. Thomeuf décrit, d'après ses propres observations, une forme de lypémanie qui lui paraît spéciale à l'alcoolisme et qu'il appelle lypémanie paralytique. Il termine par une étude physiologique sur l'intoxication alcoolique. Nous résumons : Il y a trois degrés dans l'alcoolisme : 1° intoxication aiguë (ivresse) ; 2° intoxication subaiguë, dans laquelle dominent les sentiments dépressifs (folie alcoolique de M. Marcet ; lypémanie avec troubles de la motilité); 3° intoxication chronique, pouvant donner lieu aux différents genres d'aliénation. — La lypémanie paralytique présente : 1° des symptômes psychiques : hallucinations, conceptions délirantes, toujours de nature triste ou féroce ; quelquefois des idées obscènes ; 2° des symptômes physiques : tremblements et paralysie siégeant surtout aux extrémités des membres, à la face et à

la langue. — Souvent précédée par le *delirium tremens*, la lypémanie se termine fréquemment par la paralysie générale. Le pronostic est grave, à cause des récidives. La thérapeutique de cette affection consiste dans le traitement moral et l'usage des affusions froides. — MM. Ludger-Lallemand et Duroy ont constaté que l'alcool s'accumule dans le foie et dans l'encéphale. Le foie en contient plus que l'encéphale, quand l'alcool est avalé ; l'encéphale en renferme davantage quand l'alcool a été injecté dans les jugulaires. — Chez les vieux ivrognes, on trouve une dégénérescence graisseuse du cerveau, du foie et de différents organes.

Nouveau traitement de l'intoxication alcoolique chronique, par M. Marcet. (Lancet, 2 avril, et Archives générales de médecine, août, p. 234.)

M. Marcet annonce que l'oxyde de zinc exerce une action des plus favorables sur les symptômes nerveux de l'alcoolisme chronique. Ses expériences ont été faites sur vingt-sept malades. Il administre l'oxyde de zinc en poudre, à la dose de 10 centigrammes, deux fois par jour, une heure après les repas, et il augmente généralement la dose de 10 centigrammes tous les trois jours, jusqu'à ce que le malade prenne 30 ou 40 centigrammes d'oxyde en vingt-quatre heures. Sous l'influence de ce traitement, il a vu des malades recouvrer le sommeil, le tremblement du tronc et des extrémités cesser, ainsi que la céphalalgie, les vertiges, les hallucinations, etc.; et la guérison était généralement assurée après trois à six semaines.

Traitement de l'ivrognerie. (Union médicale, t. III, p. 258.)

Hufeland avait recommandé l'emploi à haute dose d'extraits amers avec de l'acide sulfurique étendu. Bon moyen, mais qui manque assez souvent son effet, et qui ne peut être employé qu'avec la bonne volonté de l'ivrogne. De Valenti préconise un mélange de : teinture d'opium, 1 partie, et teinture aromatique acide, 8 parties, à donner toutes les deux heures, 60 à 80 gouttes dans de l'eau-de-vie ou du vin, plus efficace et mieux supporté. Les ivrognes exigent de hautes doses d'opium ; mais il ne suffit pas dans les cas graves et invétérés. M. Burdach donne alors du sulfate de zinc avec moitié ou parties égales de poudre de racine d'ellébore blanc et d'amidon dans un mélange alcoolique, que les individus prennent même sans s'en douter (?). Il faut prescrire les doses de manière à produire des nausées fortes et continues, avec vomissement. Dans la convalescence, il est important d'éviter les occasions de rechute.

Nous citerons encore sur l'alcoolisme :

— Alcoolisme, par M. Motet. (Thèses de Paris, n_0 250.)

— De l'alcoolisme, par M. Legrand du Saulle. (Gazette des hôpitaux, p. 301.)

— Délire des ivrognes ; guérison par suite d'un traumatisme. (Gazette médicale de Lyon, p. 581.)

Présence du plomb dans le tabac, par M. Buchner. (Journal de pharmacie et de chimie, août.)

Le tabac à priser, emballé dans des feuilles de plomb, ronge peu à peu ce métal et en prend des proportions suffisantes pour occasionner un véritable empoisonnement ; le tabac conservé dans des feuilles d'étain n'en est pas moins plombifère, sans doute parce qu'il emprunte ce métal à la soudure. — On ne remédie pas au mal en employant des feuilles de plomb recouvertes de papier, ce dernier devenant lui-même plombifère, et cédant ensuite le métal au tabac avoisinant. — Le meilleur moyen de remédier à cet inconvénient est de se servir d'enveloppe en papier enduit soit de cire, soit de gutta-percha ou d'une substance résineuse.

La colique de plomb et les vases vernis, par M. Gouriet. (Gazette des hôpitaux, p. 454.)

Dans certaines contrées, on met le raisin fermenter dans de petits vases, et presque toujours ces vases sont en poterie grossière recouverte d'un vernis de plomb. Il se forme invariablement une certaine quantité d'acide acétique qui attaque le vernis et le dissout pour en former de l'acétate de plomb. Il résulte de là que la boisson ainsi faite contient de l'acétate de plomb, et, par suite, peut donner lieu à une intoxication saturnine. Bien plus, le vase ainsi détérioré peut encore communiquer des propriétés malfaisantes à d'autres liquides succédant à cette sorte de vin. M. Gouriet, rappelant que cet usage est très-fréquent dans le Poitou, dans la Normandie, croit pouvoir y rapporter la fameuse colique qui porte les noms de ces provinces.

Nous signalons encore sur le *plomb* :

— Essai sur les causes des coliques saturnines observées chez les marins et chez les personnes qui font des voyages de long cours, par M. A. Chevallier. (Annales d'hygiène publique, p. 95.)

— De l'intoxication saturnine par la poussière de verre, par M. J. Ladreit de Lacharrière. (Archives générales de médecine, décembre, p. 642.)

— Empoisonnements par des composés de plomb, par M. Prost. (Moniteur des hôpitaux, p. 441.)

— Fréquence de l'intoxication plombique, principalement au Havre, par M. E. Falize. (Gazette des hôpitaux, p. 473.)

Recherches de l'arsenic, par **M. E. Filhol**.
(Académie des sciences, 7 novembre.)

M. E. Filhol adresse, à l'occasion d'une communication récente de M. Gaultier de Claubry, un travail intitulé : *Recherches de l'arsenic*. Il était dit dans la note de M. Gaultier de Claubry que le procédé de carbonisation des matières organiques, qui consiste à traiter ces matières par l'acide azotique, est jugé et repoussé par tous les chimistes. Cette assertion paraît à M. Filhol trop absolue, et il rappelle qu'il a proposé, en 1848 (Journal de pharmacie et de chimie, t. XIV, p. 404), de faire subir à ce procédé une modification qui fait disparaître les inconvénients qu'on lui reprochait avec raison. La carbonisation se fait avec un mélange d'acide azotique et d'acide sulfurique, dans la proportion de 100 grammes du premier et de 10 à 12 gouttes du second, ce dernier n'étant employé que pour éviter la déflagration du résidu. — A la suite de cette communication, MM. Pelouze et Regnault font remarquer que le procédé dont il s'agit dans la lettre de M. Filhol doit réussir sans doute quand il est appliqué par un chimiste expérimenté, mais que hors de cela il pourrait avoir de graves inconvénients.

Accidents produits par l'emploi des verts arsenicaux chez les ouvriers fleuristes, par M. Vernois. (Académie de médecine, 10 mai.)

Après avoir indiqué sommairement les principaux travaux relatifs aux inconvénients des couleurs arsenicales, l'auteur donne dans un premier paragraphe des détails sur les opérations particulières dans lesquelles les ouvriers fleuristes emploient ces couleurs. — Parmi ces opérations il faut citer le *trempage*, qui donne lieu à beaucoup d'éclaboussures sur les doigts, sur les avant-bras, sur la figure et les vêtements des ouvriers ; le *poudrage*, pendant lequel la matière colorante, n'ayant été fixée par aucun mordant, se détache sous forme de poussière fine qui pénètre dans la peau des mains et que l'ouvrier respire constamment ; la préparation de la pâte, véritable *barbotage à la main*, pendant lequel les doigts, les avant-bras sont couverts de la solution arsenicale. — Mais c'est surtout le *séchage* qui donne lieu à des accidents importants à connaître. Pendant cette opération, les ouvriers se piquent les doigts, les mains et les avant-bras ; ils recommencent ensuite à faire le *trempage* et le *battage* de

l'étoffe, et s'inoculent constamment dans les piqûres ou la solution liquide encore, ou la poudre desséchée du sel arsenical. — Au sortir des mains de l'apprêteur, les pièces d'étoffes sont très-souvent immédiatement remises aux fabricants de feuilles artificielles qui se chargent de les découper, de les dédoubler, de les gaufrer, de les orner et de les monter ; toutes ces manipulations sont d'autant plus susceptibles de développer la poudre arsenicale que la pâte n'a été fixée sur l'étoffe par aucun mordant. — Ces opérations sont diminuées par le *calandrage*, opération qui fait pénétrer mécaniquement l'enduit arsenical dans les interstices des fibres de l'étoffe ; mais, même après cette opération, il suffit de déchirer une étoffe pour en faire sortir l'enduit sous une forme pulvérulente très-manifeste. — Dans la seconde partie de son mémoire, l'auteur étudie les accidents déterminés par les opérations précédentes. Il énumère d'abord les phénomènes déjà signalés par un grand nombre d'auteurs : érythèmes diffus, vésicules fines et rapprochées, papules qui s'aplatissent et s'étendent quand elles sont placées entre deux surfaces contiguës, pustules avec ulcération ou gangrène, etc., toutes lésions dues au contact immédiat des couleurs.—Parmi les accidents internes, plus rares, il importe de citer : le défaut d'appétit, les nausées, les coliques souvent fort vives avec diarrhée, et surtout la céphalalgie frontalale, accompagnée de la sensation du serrement des tempes.— Les ouvrières fleuristes, principalement, offrent un groupe de symptômes rapportés habituellement à la chlorose ; M. Vernois n'a rencontré que deux cas d'embonpoint qui lui paraissent devoir être rapportés à l'influence de l'arsenic ; mais il ajoute que cet avantage était compensé par des migraines fréquentes. — M. Vernois décrit le nouveau procédé qui permettra de s'en servir sans danger. Il consiste dans l'incorporation de la matière colorante dans un collodion spécial ; le procédé est dû à M. Bérard-Thauzelin. Ce collodion coloré sert à fabriquer, soit seul, toute espèce de feuilles, soit, étendu sur une toile, tous les tissus à l'aide desquels on confectionne les herbes et feuilles artificielles du commerce. On laisse donc à l'industrie le corps dont elle a besoin pour obtenir certaines colorations, et on peut, avec cette manière d'opérer, répondre à toutes les indications et à tous les caprices de la mode et de l'industrie. Avec ce procédé, et du commencement à la fin, il n'y a plus rien à redouter de l'emploi des verts arsenicaux dans la fabrication des feuilles artificielles. — Dans la troisième et dernière partie, celle qui a trait à la police médicale, M. Vernois cherche à établir que l'on doit moins s'attacher à proscrire les industries insalubres qu'à trouver les moyens d'en assainir les procédés. Aussi recherche-t-il la meilleure pratique dans une série d'expériences qui lui sont propres ; il reprend un à un chaque danger, chaque inconvénient, et pose

les préceptes qu'on doit enseigner à ceux qui se servent des verts arsenicaux. Il termine en indiquant aux ouvriers comment ils pourront obtenir une série de *beaux verts* sans employer aucune préparation arsenicale.

Nocuité des papiers de teinture verts, par M. Hassall. (The Lancet, 23 juillet; Gazette médicale de Lyon, p. 369)

Tous les papiers verts, dit M. Hassall, ne sont pas colorés par l'arsenite de cuivre. Beaucoup le sont au moyen d'un chromate de plomb avec du bleu de Prusse. C'est avec les mêmes substances qu'on teint en vert les tapis, les rideaux, la soie, la mousseline et une infinité d'autres objets de vêtement et d'ameublement. — Les étoffes de laine et de coton jaunes doivent également leur couleur au chromate de plomb. Le chromate de plomb étant nuisible, faudra-t-il renoncer non-seulement aux papiers verts, mais encore aux étoffes vertes, et aussi aux papiers et aux étoffes jaunes?

Empoisonnement lent par le séjour dans une chambre tapissée de papier vert, par M. Taylor. (The Lancet, 1er janvier.)

Les papiers, peints en vert de Scheele, contiennent de l'arséniate de cuivre. M. Taylor a retrouvé des particules de ce sel dans la poussière des chambres tapissées de ce papier ; il attribue à la présence de ce papier certains phénomènes par lui observés du côté du nez, des yeux, de la gorge, etc., phénomènes qui ont disparu dès que le papier a été changé.

On trouve encore sur l'arsenic :

— Recherches sur les dangers que présentent le vert de Schweinfurth, le vert arsenical, l'arsénite de cuivre, par M. A. Chevallier. (Annales d'hygiène.)

— Effets délétères du vert de Scheele, par M. Cazeau. (Gazette des hôpitaux, p. 264.)

— Dangers que présentent certains papiers peints non glacés, employés comme tenture des appartements, par M. Paillon. (Gazette médicale de Lyon, p. 220.)

— Papiers de tenture contenant de l'arsenic. (British med. Journ., septembre 1858; Union médicale, p. 234.)

— Dissimulation de l'arsenic par la présence de l'hydrogène sulfuré dans l'appareil de Marsh, par M. Leroy. (Académie des sciences, 3 octobre.)

— Préparation de fer contre l'empoisonnement arsenical, par M. Trapani. (Il Filiatre sebezio; Gazette médicale de Paris, p. 458.)

Allumettes chimiques hygiéniques et de sûreté; *allumettes androgynes et allumettes chimiques sans phosphore ni poison*, par M. Chevreul. (Académie des sciences, 26 septembre.)

Au point de vue de l'hygiène, les allumetttes androgynes ont sur les allumettes à phosphore blanc l'avantage des allumettes Coignet, puisque le principe actif et chimique du frottoir est, comme pour celles-ci, le phosphore rouge. — La Commission, après avoir pris connaissance de la fabrication des allumettes chimiques sans phosphore ni poison, et avoir suivi la plupart des opérations composant leur préparation, sous la direction d'un jeune chimiste, M. Paul Meyer, et s'être assurée qu'elles s'exécutent sans danger pour les ouvriers, pense que ces allumettes, mises dans le commerce par la Compagnie générale actuellement propriétaire des brevets de M. Canouil, sont d'un bon usage. — En conséquence, la Commission propose à l'Académie : — Qu'en réponse à la première lettre de M. le ministre de la guerre, il lui soit écrit que les allumettes androgynes, comme les allumettes Coignet, ont l'avantage sur les allumettes à phosphore blanc de n'être pas délétères, toutes les fois, bien entendu, qu'il n'entre que du phosphore rouge pur dans leur préparation ; — Qu'en réponse à la seconde lettre de M. le ministre de la guerre, il lui soit écrit que les allumettes Canouil, mises dans le commerce par la Compagnie générale, ne contenant ni phosphore blanc ni phosphore rouge, sont d'un bon usage ; que conséquemment l'emploi de ces allumettes peut être autorisé concurremment avec celui des allumettes à phosphore rouge.

Empoisonnement par le phosphore, par M. Réveil.
(Académie de médecine, 14 juin.)

Conclusions : 1° Le nombre progressif d'empoisonnements par le phosphore doit être attribué à la facilité avec laquelle on peut se procurer des préparations qui en contiennent. En raison de ce fait bien constaté, il importe que des mesures soient prises d'urgence pour s'opposer à l'état actuel des choses. La seule mesure à prendre, c'est la substitution au phosphore ordinaire, pour la fabrication des allumettes, du phosphore rouge qui n'est pas vénéneux. — 2° Le phosphore ordinaire en petits fragments peut séjourner plusieurs heures, et même plusieurs jours, sans que pour cela il détermine des accidents graves. — 3° Le phosphore très-divisé, tel qu'il se trouve lorsqu'il est dissous dans les corps

gras, peut être absorbé en nature; conséquemment, ces corps gras facilitent son action. Par suite de ce phénomène, il peut être porté dans les organes où il n'a pu pénétrer que par la voie de la circulation générale. — 4° Il est facile de constater la présence du phosphore dans les organes, où il n'a pu pénétrer que par voie d'absorption. — 5° Si l'inflammation produite par le phosphore au contact concourt à aggraver les accidents, elle peut même à elle seule amener la mort, et, dans le plus grand nombre des empoisonnements, cette inflammation n'est pas nécessaire pour la produire. — 6° Il n'est pas exact de dire que le phosphore est vénéneux parce qu'il s'oxyde dans l'économie. Les produits de son oxydation n'agissent que comme acides concentrés, et ils sont sans action lorsqu'ils sont concentrés. C'est ce que prouvent les expériences de M. Personne et celles qui sont consignées dans ce travail. — 7° A notre avis, les désordres nerveux observés dans l'empoisonnement qui nous occupe doivent être attribués, non pas, comme on l'a dit, à une action directe du phosphore sur le système nerveux, mais bien à une action secondaire produite par l'obstacle qu'appotre le phosphore mêlé au sang à la transformation du sang veineux en sang artériel. — 8° La magnésie agit très-bien pour combattre l'empoisonnement par le phosphore. Son action s'explique non-seulement en admettant qu'elle sature les acides formés, mais encore comme délayant, enrobant, pour ainsi dire, la matière toxique. L'amidon, dans le plus grand nombre des cas, produit le même effet. — 9° Les recherches ayant pour but de constater un empoisonnement par le phosphore doivent être divisées en trois séries d'opérations : — 1. Constater la présence du phosphore en nature ; — 2. Rechercher les produits d'oxydation du phosphore ; — 3. Déterminer la quantité de phospore contenue dans un poids connu de matière suspecte, et la comparer au phosphore que l'on trouverait dans un poids égal du même organe non empoisonné. — 10° De ces trois séries d'opérations, la première seule peut suffire pour qu'un expert puisse se prononcer en toute sécurité ; les deux dernières séries d'expériences ne peuvent que confirmer les résultats de la première, et établir seulement des présomptions lorsqu'elles sont mises isolément en pratique. — 11° Il est possible de rechercher le chlorate de potasse en employant le mode que nous avons indiqué, lorsque l'empoisonnement a été produit par les allumettes chimiques.

Rapport de M. Poggiale. — Conclusions : — 1° Le phosphore enflamme les tissus qu'il touche, il peut même les brûler et les désorganiser. Dans ce cas, l'inflammation qu'il détermine suffit pour rendre compte de la mort. — 2° Mais ces accidents ne sont pas une condition indispensable pour que le phosphore produise la mort. Il résulte, en effet, d'un grand nombre d'expériences,

que des animaux, après avoir pris des quantités considérables de phosphore, n'ont présenté aucune trace d'inflammation. Dans ce cas, nous admettons qu'il est absorbé soit à l'état de corps simple, soit sous la forme d'une combinaison acide. — 3° Les acides du phosphore ne sont pas vénéneux; ils ne déterminent, comme les acides puissants, des accidents graves que lorsqu'ils sont concentrés. — 4° Le phosphore introduit dans l'économie donne lieu à des accidents variables, suivant qu'il est fondu dans l'eau, dissous dans les huiles, sous forme de poudre ou en cylindres. — 5° Dans la recherche du phosphore, dans les cas d'empoisonnement, il importe avant tout de s'assurer si les matières suspectes contiennent du phosphore à l'état de liberté. Si on ne parvient pas à l'isoler, on doit chercher à produire le phénomène de phosphorescence à l'aide de la méthode de M. Mitscherlich. — 6° On recherche et on dose ensuite l'acide phosphorique et les acides inférieurs du phosphore. L'expert ne doit se prononcer que lorsqu'il a reconnu la présence du phosphore en nature ou par les lueurs phosphorescentes. — 7° Le nombre des empoisonnements par les pâtes phosphorées et par les allumettes chimiques se multiplie tellement depuis quelques années, qu'il importe de prendre les mesures les plus sévères pour remédier à ce danger. Nous exprimons le vœu que dans la fabrication des allumettes chimiques on substitue au phosphore ordinaire le phosphore rouge, qui n'est pas vénéneux.

Empoisonnement par le phosphore, par MM. Antonielli et Borsarelli. (Medic. chirurg. Monaths.)

La magnésie calcinée paraît être le meilleur contre-poison :— 1° Dans l'empoisonnement par le phosphore ou par les substances qui contiennent ce métalloïde, il faut surtout éviter d'employer des matières grasses qui, loin de s'opposer à l'action du phosphore sur les organes, en augmentent au contraire l'énergie et en facilitent la diffusion dans l'économie. — 2° L'emploi de la magnésie calcinée en suspension dans l'eau bouillie, et administrée en grande quantité, est le meilleur contre-poison et en même temps le purgatif le plus convenable pour faciliter l'élimination de l'agent toxique. — 3° Dans les cas d'empoisonnement par le phosphore, où il se présente de la dysurie, l'emploi de l'acétate de potasse est d'une grande utilité. — 4° Toutes les boissons mucilagineuses dont le malade fait usage doivent être préparées avec de l'eau bouillie, afin qu'elles contiennent la plus petite quantité d'air possible.

On trouve encore sur le *phosphore* :

— Modifications du procédé de M. Mitscherlich pour la recher-

che du phosphore dans les cas d'empoisonnement, par M. Malapert. (Académie des sciences, 9 mai.)

— Étude chimique, hygiénique et médico-légale sur le phosphore, par M. Chaumier. (Thèses de Paris, n° 167.)

— Les allumettes chimiques et les femmes enceintes, par M. Ancelon. (Gazette des hôpitaux, p. 504.)

— Des allumettes chimiques avec et sans phosphore, par M. H. Gaultier de Claubry. (Annales d'hygiène et de médecine légale, octobre, p. 260.)

— Empoisonnement par le phosphore, par M. E. Lafargue. (Gazette hebdomadaire, p. 620.)

— Nouvelle méthode pour la recherche du phosphore, par M. Ch. Lintier. (Union médicale, t. III, p. 535.)

Existence du mercure dans le foie des ouvriers miroitiers, par M. Burton. (Gazette médicale, p. 61.)

— Un homme, après avoir travaillé pendant seize ans dans une manufacture de glaces, fut atteint d'hydrargyrie, et mourut après une maladie d'une année entière. — Pendant cet espace de temps, il avait été complétement soustrait à l'influence du mercure. Cependant, l'analyse chimique démontra la présence de ce métal dans le tissu hépatique.

Empoisonnement par l'usage externe du tabac. (Gazetta medica italiana.)

Un jeune homme, d'ailleurs sain et robuste, était affecté d'un herpès tonsurant qui occupait les deux bras et qui avait résisté à toutes les médications. Un charlatan conseilla des applications d'huile empyreumatique du tabac, et le malade s'empressa de suivre ce conseil, recueillit une certaine quantité du liquide prescrit dans les récipients dont quelques pipes sont pourvues, et s'en frictionna les parties affectées. Mais au bout de deux heures, des symptômes alarmants parurent : frissons, sueur froide, défaillances, puis diarrhée, vomissements, délire et lipothymies. Le médecin ne voyant pas de cause appréciable à ces phénomèues morbides, autre que les applications d'huile empyreumatique du tabac, n'hésita point à voir un empoisonnement par la nicotine On se hâta de nettoyer les parties, de faire des frictions excitantes, etc., et le malade revint bientôt à la santé.

Recherches sur les propriétés toxiques du sulfate de fer, par M. G. Tourdes. (Gazette médicale de Strasbourg, n° 1.)

Cas dans lequel du vitriol vert du commerce, c'est-à-dire impur et contenant des traces de sulfate de cuivre, avait été mis

à dessein par une femme dans le tonnelet de vin de son mari avec l'intention de l'empoisonner. Dans son rapport médico-légal, l'auteur établit que l'action vomitive du sulfate de cuivre ne suffisait nullement pour empêcher l'effet toxique de celui de fer, d'autant plus que ce sel de cuivre est beaucoup plus vénéneux que le sulfate ferreux, et que la faible quantité de tannin du vin ne pouvait pas davantage suffire pour en neutraliser l'action.

Nouvelles fioles propres à prévenir les empoisonnements accidentels, par MM. Savary et Moore. (The Lancet, p. 189.)

Ces fioles, imaginées par MM. Savary et Moore pour contenir les liquides vénéneux, ont pour but de frapper vivement l'attention du consommateur, de telle sorte que celui-ci, dès qu'il y a porté la main, ne puisse pas ignorer qu'il a entre les mains une substance dont il y a à se méfier. A cet effet, elles ont une forme hexangulaire et sont creusées de profondes rainures dans le sens de leur longueur. — Un autre moyen, à la fois plus sûr et plus ingénieux consiste dans un étranglement placé à la base du goulot. Grâce à ce resserrement de son ouverture, la fiole ne peut être vidée que goutte à goutte. De cette façon, le malade qui prendrait un flacon de *laudanum*, d'*élixir de Garus*, serait en même temps préservé de toute méprise et de tout danger, car non-seulement la lenteur avec laquelle le liquide s'écoulerait lui donnerait un premier avertissement, mais encore il lui serait impossible d'en verser, avant d'avoir reconnu son erreur, une quantité capable de porter préjudice.

— Introduction à un cours de toxicologie dans une école de pharmacie, par M. O. Réveil. (Moniteur des hôpitaux, p. 347, 354 et 375.)

— De l'empoisonnement par la strychnine, par M. Mérignac. (Thèses de Paris, n° 225.)

— Empoisonnement par la strychnine, par M. J.-M. Bryan. (Gazette médicale, p. 76.)

— Empoisonnement par la strychnine : traitement par la nicotine. — Guérison, par M. O'Reilly. (Gazette hebdomadaire, p. 157.)

— Empoisonnement par l'acétate de morphine, par M. Salviat. (Gazette des hôpitaux, p. 427.)

— Empoisonnement par le camphre employé comme moyen abortif. (Bulletin général de Thérapeutique, t. LVI, p. 344.)

— Empoisonnement produit par les œufs de barbeau, par M. Franque. (Gazette médicale, p. 526.)

— Empoisonnement volontaire par le sublimé corrosif, suivi

de mort le douzième jour, par M. Vigla. (Moniteur des sciences, p. 94.)

— Empoisonnement accidentel par le perchlorure de mercure, par M. Southworth. (Gazette médicale de Lyon, p. 549.)

— Empoisonnement accidentel par la santonine impure. (Union médicale, t. IV, p. 281.)

— Empoisonnement par le chlorure de zinc, par M. Cubitt. (Archives générales de médecine, juillet, p. 103.)

— Observation d'empoisonnement par la jusquiame, par M. R. Craik. (Archives générales de médecine, mai, p. 614.)

— Empoisonnement par le quadroxalate de potasse. — Traitement par le bicarbonate de soude.—Guérison, par M. J. Worms. (Gazette des hôpitaux, p. 30.)

— Empoisonnement par l'emploi de la belladone à l'extérieur, par M. Morisse. (Gazette des hôpitaux, p. 251.)

— Empoisonnement par la digitale pourprée, par M. Caussé. (Cours d'hygiène publique et de médecine légale, p. 464.)

— Existence d'un principe vénéneux dans les semences du chanvre, par M. Michaud. (Moniteur des sciences, p. 403.)

— Névrose périodique consécutive à une intoxication par l'oxyde de carbone, par M. Itzigsohn. (Gazette hebdomadaire, p. 45.)

— Nouvelles observations sur la recherche de l'antimoine dans les organes et viscères des personnes empoisonnées par les préparations à base de l'oxyde de ce métal, par M. J.-L. Lassaigne. (Annales d'hygiène publique et de médecine légale, p. 192.)

— Catalepsie causée par l'usage immodéré du chanvre indien, par M. Th. Croudace. (Med. Times and Gazette, 5 février 1859; Union médicale, t. II, p. 307.)

— De l'abus des boissons alcooliques, par M. Moser. (Thèses de Montpellier, n° 49.)

— Des différentes sortes d'accidents causés par les verts arsenicaux employés dans l'industrie, par M. Beaugrand. (Paris, imprimerie Plon; in-8, 18 pages.)

— De l'empoisonnement thébaïque, par M. Tardy. (Thèses de Strasbourg.)

— Du tabac, de ses différents usages et de ses effets, par M. Prudent. (Thèses de Paris, n° 162.)

— Physiologie de l'intoxication, par M. L. Crawcour. (New-Orleans medical. (Gazette médicale de Paris, p. 686.)

— Propriétés toxiques et médicales du nitrate d'oxyde de glycyle, par M. Field. (Med. Times and Gazette; Gazette médicale de Paris, p. 723.)

— Maladies mercurielles traitées par l'électro-chimie, par M. Ferrini. (Annali universali di medicina; Gazette médicale de Paris, p. 820.)

DIVERS.

Etudes médicales sur l'ancienne Rome, par M. J. Rouyer. (In-8, 239 pages. — Paris, A. Delahaye.)

Ce volume, écrit avec des renseignements pris surtout dans les poëtes latins, nous donne une excellente idée des pratiques médicales de l'ancienne Rome. M. Rouyer traite, dans autant de chapitres intéressants, des bains publics, des magiciennes, des philtres, de l'avortement, des eunuques, de l'infibulation, des cosmétiques et des parfums. On trouve, à la fin de l'ouvrage, l'histoire des femmes qui ont exercé la médecine.

La psychologie morbide dans ses rapports avec la philosophie de l'histoire, ou De l'influence des névropathies sur le dynamisme intellectuel, par M. J. Moreau. (Paris, Victor Masson; in-8, 580 pages.)

Le but de cet ouvrage, c'est d'élucider certaines questions de psychologie, dont nul système philosophique n'a encore pu donner la solution. — Cette solution, c'est à l'organisme malade qu'il faut la demander. Bien que, en définitive, il s'agisse ici des facultés morales, c'est à l'organe ou au système d'organes qui est nécessaire à leur manifestation que ces recherches s'adressent. — Dans une foule de circonstances, les fonctions de l'âme échappent à toute appréciation, si l'on ne fait intervenir l'organisation. Les mille changements dont l'âme est susceptible ne sont saisissables qne dans leur substatrum matériel. — On a cru pouvoir rattacher à des influences psychologiques provenant du dehors les différences et les inégalités des esprits; c'est à tort. — L'éducation (dans laquelle se résument toutes ces influences) ne saurait avoir prise sur la *virtualité*, les dispositions natives des facultés; elle ne saurait changer le niveau intellectuel, donner, par exemple, un cerveau-génie à celui qui n'a reçu de la nature qu'un instinct intellectuel. — Il faut voir dans la folie une sorte d'éréthisme ou d'orgasme nerveux, quelque chose comme une accumulation de névrosité dans le cerveau, d'où la plus petite étincelle (cause occasionnelle) peut, à tout moment, tirer tous les phénomènes constitutifs de l'aliénation mentale. — Par son origine, la nature de ses causes prédisposantes, par ses caractères psychiques et somatiques, l'idiotie doit être assimilée à la folie; elle prête aux mêmes conséquences psychologiques. — La constitution *scrofuleuse-rachitique* est dominante chez les idiots... De l'examen approfondi des caractères physiques et psychiques propres aux scrofuleux et aux rachitiques, il résulte que ces individus se trouvent dans les mêmes

conditions d'organisation que les aliénés. — De la combinaison de l'hérédité et de l'idiosyncrasie nerveuse, il résulte un état particulier que l'auteur nomme *état mixte;* c'est une sorte de mélange de folie et de raison, qui peut affecter les facultés intellectuelles, aussi bien que les facultés affectives. — Les conditions organiques les plus favorables au développement des facultés sont celles qui donnent naissance au délire... — Les capacités ou aptitudes intellectuelles transcendantes tirent leur origine d'un état extra-physiologique des organes de la pensée. En se plaçant à un certain point de vue, on peut considérer le *génie* comme une *névrose.* — La plupart des individus doués d'une intelligence supérieure, ou seulement placés au-dessus du commun niveau intellectuel, comptent parmi leurs ascendants ou parmi les membres de leur famille, soit des aliénés, soit des personnes sujettes à des affections du système d'organes préposé aux fonctions de la vie de relation, et, *vice versâ*, tous les psychiâtres ont pu faire la remarque qu'un bon nombre d'aliénés avaient pour parents, soit dans la ligne ascendante, soit dans les lignes collatérales, des personnes qui se distinguaient par leur intelligence. — Le volume se termine par une liste de faits biographiques à l'appui de ce qui a été avancé dans le cours de ce travail; ces faits biographiques, dont quelques-uns sont accompagnés de commentaires importants, sont classés suivant qu'ils se rapportent plus particulièrement : 1° à la folie proprement dite ; 2° à un état d'excentricité ; 3° à l'idiotie et au rachitisme ; 4° aux névroses ; 5° aux lésions des centres nerveux.

Projet de rapport à présenter à M. le ministre de l'instruction publique pour demander le rétablissement de la chaire d'histoire et de philosophie médicale, à la Faculté de médecine de Paris, par M. Malgaigne. (Moniteur des hôpitaux, p. 315.)

Idée de la biopathologie, par M. Marchal (de Calvi). (Union médicale, t. I, p. 101, 151, etc.)

Des effets de la foudre sur l'homme, par M. C. Bonnet. (Thèses de Paris, n° 149.)

Dans la première partie, l'auteur fait un examen rapide des travaux publiés sur ce sujet. — La deuxième est consacrée à l'évaluation approximative du nombre des foudroyés. — Dix observations, dont une propre à l'auteur, forment la troisième partie. — La quatrième est consacrée à l'étude des lésions, des symptômes, du diagnostic et du traitement. — Voici les principales conclusions par lesquelles l'auteur termine sa thèse : 1° Les effets de la foudre sur l'homme ont été peu étudiés. M. Boudin, en 1854

et 1855, a traité cette question sous son véritable point de vue. — 2° Le nombre des victimes est plus grand qu'on ne le croit généralement. — 3° Les observations rapportées par l'auteur prouvent la réalité de la proposition émise par M. Boudin, à savoir que la foudre tue, blesse, guérit. — 4° La foudre tue quelquefois sans lésions ; celles que l'on rencontre le plus souvent consistent dans des plaies ou des brûlures des téguments. — 5° Les symptômes comprennent trois périodes : stupeur, réaction, réparation. — 6° La guérison est complète ou incomplète ; dans ce dernier cas, on observe surtout des phénomènes de paralysie. — 7° La mort est le plus souvent primitive. — 8° Le diagnostic est important, surtout au point de vue de la médecine légale. — 9° Le traitement comprend des moyens prophylactiques et des moyens curatifs.

De l'entraînement, par M. Defrance. (Thèses de Paris, n° 141.)

Sous ce titre, M. Defrance étudie l'influence de l'exercice et du régime combinés. Après quelques considérations sur l'entraînement en général, un chapitre est consacré à l'exercice. L'auteur traite ensuite de l'entraînement en particulier, chez les Anglais, et de son application à certaines professions (boxeurs, coureurs, jockeys); il examine son action sur la scrofule, le scorbut, les tubercules, la glycosurie, les névroses. L'auteur se résume ainsi : L'entraînement consiste dans un ensemble de procédés qui en font le plus puissant modificateur de l'organisme ; il a été connu de tout temps ; mais les Anglais ont surtout montré comment il peut, en quelques mois, transformer le corps d'un individu.

— Rapport sur les momies d'Egypte et sur la pratique des embaumements, depuis les temps anciens jusqu'à nos jours, par M. Scoutetten. (Metz, imprimerie Blanc ; in-8, 23 pages.)

— Eloges lus dans les séances publiques de l'Académie royale de chirurgie, de 1750 à 1792, par M. Louis ; publiés par M. Dubois. (Paris, J.-B. Baillière ; in-8, LXXXIV-456 pages.)

— Vie et travaux de Jean-Louis Brachet, par M. A. Potton. (Société impériale de médecine de Lyon ; Gazette médicale de Lyon, p. 131, 154.)

TABLE DES AUTEURS.

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

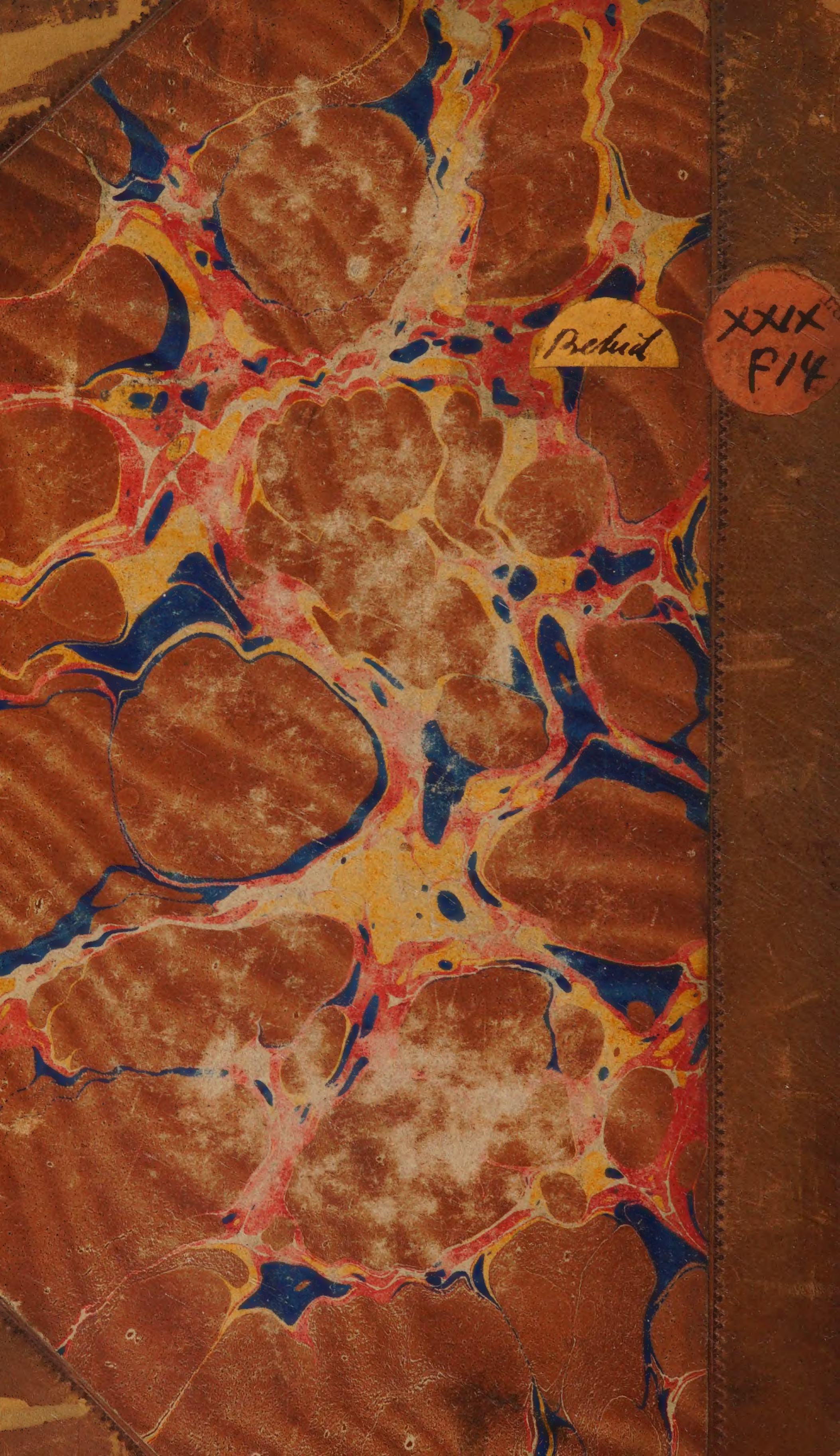
V

W

Y

Z

TABLE DES MATIÈRES.


XXIX
F14